



**UNIVERSIDAD LASALLISTA  
BENAVENTE  
FACULTAD DE DERECHO**

Con estudios incorporados a la  
Universidad Nacional Autónoma de México



CLAVE: 879309

**LA CONCESIÓN DEL SERVICIO  
MEDICO EN LA SEGURIDAD SOCIAL**

**T E S I S**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADA EN DERECHO**

Presenta:

**MA. DE LA LUZ MÉNDEZ TREJO**

Asesor: Lic. Raúl Rodríguez García.

Celaya, Gto.

Marzo 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la vida, por ser tan maravillosa y  
permitir que concluyera mi carrera.

A mis padres y hermanos, por su incondicional  
amor y apoyo, toda mi gratitud.

A mi esposo e hijo, por ser lo más valioso  
que Dios me ha dado, por su apoyo y comprensión

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

1.1	MARCO LEGAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	1
1.2	DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	1
1.2.1	DERECHO A LA SALUD	2
1.3	LA SEGURIDAD SOCIAL	3
1.3.1	CONCEPTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	5
1.3.2	UBICACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	7
1.3.3	OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	8
1.3.4	PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	8
1.4	SERVICIO MEDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	10
1.5	ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	12
1.5.1	ROMA	12
1.5.2	ALEMANIA	13
1.5.3	INGLATERRA	14
1.5.4	ESPAÑA	14
1.5.5	ESTADOS UNIDOS	15
1.6	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	15
1.6.1	PROMULGACIÓN DE LA LEY DEL TRABAJO	17
1.6.2	ANTECEDENTES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL	19
1.6.2.1	PROYECTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL	23

### CAPÍTULO II

#### EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

2.1	CONCEPTO DE SEGURO SOCIAL	27
2.2	EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	27
2.2.1	ORIGEN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	28
2.2.1.1	EL SEGURO SOCIAL FINES Y SU EFICIENCIA	29
2.2.2	REGIMENES DEL SEGURO SOCIAL	31
	a) Voluntario	
	b) Obligatorio	
2.2.3	LOS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO	31

2.2.4	LAS OBLIGACIONES DEL PATRÓN ANTE EL SEGURO	32
2.2.5	RAMOS DE ASEGURAMIENTO	32
	a) El Seguro de enfermedad y maternidad	
	b) El Seguro de riesgos de trabajo	
	c) El Seguro de invalidez y vida	
	d) El Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	
	e) El Seguro de guarderías y prestaciones sociales	
2.3	EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	34
2.3.1	ORIGEN DE EL ISSSTE	34
2.3.2	UNIDADES ADMINISTRATIVAS	35
2.3.3	ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN MEDICA	36
2.3.4	PRESTACIONES ECONÓMICAS	36
2.3.5	PRESTACIONES SOCIALES	36
2.3.6	SERVICIOS EDUCATIVOS	37
2.3.7	ESTADO ACTUAL DE EL ISSSTE	37

CAPÍTULO III  
SEGUROS SOCIALES Y SEGUROS PRIVADOS

3.1	EL CONTRATO DE SEGURO	39
3.2	CLASIFICACIÓN DE LOS SEGUROS	40
3.2.1	SEGUROS SOCIALES	40
3.2.2	SEGUROS PRIVADOS	41
	1. Seguro sobre las personas	
3.3	CLASIFICACIÓN DE LOS SEGUROS DE VIDA, CONFORME AL RIESGO QUE CUBREN	42
	a) Seguros en caso de muerte	
	b) Seguros en caso de vida	
	c) Seguros mixtos	
3.3.1	SEGÚN CUBRAN A UNA O MÁS CABEZAS	42
	a) Seguro sobre una cabeza	
	b) Sobre dos o más	
3.3.2	NÚMERO DE PERSONAS AMPARADAS POR LA PÓLIZA	43
	a) Seguros individuales	
	b) Seguros colectivos	
3.3.3	CLÁUSULAS ADICIONALES	43
	a) Seguros con cláusulas adicionales	
	b) Seguros sin cláusulas adicionales	

3.4	DISPOSICIONES LEGALES	43
	a) Reticencia	
	b) Póliza	
	c) Prima	
	d) Agravación del Riesgo	
	e) Vencimiento de la obligación del asegurador	
	f) Seguro sobre la vida	
	g) Reaseguro	
3.5	CARACTERÍSTICAS DE LAS SOCIEDADES DE SEGUROS	46
3.6	ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS	47
	I. El asegurador	
	II. El asegurado	
	III. La póliza	
	IV. Plazo	
3.7	OBLIGACIONES EMANADAS DEL CONTRATO	48
	a) Pagar la prima	
	b) Denunciar el estado de riesgo	
	c) Denunciar la agravación del riesgo	
	d) Denunciar el siniestro	
	e) Salvamento	
3.8	OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	50
	a) Rembolsar el gasto	
	b) Pagar la indemnización	
3.9	LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS	50
3.9.1	PRIMAS	50
	a) Prima natural	
	b) Prima pura	
	c) Prima comercial	
	d) Prima nivelada	
	e) Prima única	
	f) Prima periódica	
3.9.2	EL RIESGO	52
3.10	ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS	53
3.10.1	ACEPTACIÓN DE LOS SEGUROS Y EMISIÓN DE AS PÓLIZAS	53
3.10.2	REASEGUROS ACTIVOS Y PASIVOS	54
3.10.3	ANULACIONES	55
3.10.4	LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS	56
3.10.5	RESERVAS	56
	I) Reserva matemática	
	II) Reserva para siniestros pendientes	
	III) Fondo de acumulación asegurados vida	

CAPÍTULO IV  
FINES DE LA ORGANIZACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA  
DEL ESTADO

4.1	SERVICIOS PÚBLICOS Y ROL SOCIAL DEL ESTADO	59
	a) El concepto orgánico	
	b) El concepto funcional	
4.1.2	FINALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO	60
4.1.3	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO PÚBLICO	61
4.1.4	LOS ELEMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO	62
	a) Función pública	
	b) Funcionarios	
	c) Recursos	
	d) Régimen jurídico especial	
4.1.5	CLASIFICACION DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS	63
	a) Funcional	
	b) Directa	
	c) Orgánico	
4.2	SERVICIOS PÚBLICOS DE ADMINISTRACIÓN ACTIVA FISCALIZADORA Y JURISDICCIONAL	64
	a) Servicios públicos de administración activa	
	b) Servicios públicos de administración fiscalizadora	
	c) Servicios públicos de administración jurisdiccional	
4.2.1	SERVICIOS PÚBLICOS CENTRALIZADOS O DESCENTRALIZADOS	64
	a) Servicios públicos centralizados	
	b) Servicios públicos descentralizados	
	c) Servicios públicos desconcentrados	
4.3	OBLIGACIONES DEL ESTADO	65
4.3.1	LA RAZÓN DEL ESTADO	66
4.3.2	FIN DEL ESTADO	67
4.3.3	CONCEPTO DE ESTADO	69
4.3.4	COMPLEJIDAD DEL ESTADO	71

CAPÍTULO V  
LA CONCESIÓN ADMINISTRATIVA

5.1	BASES CONSTITUCIONALES PARA LA CONCESIÓN	73
5.2	LA CONCESIÓN	73
5.2.1	NATURALEZA JURÍDICA DE LA CONCESIÓN	74
5.2.2	LOS ELEMENTOS SUBJETIVOS DE LA CONCESIÓN	75
	a) La autoridad concedente	
	b) El concesionario	
	c) Los usuarios	

5.2.3	EL RÉGIMEN JURÍDICO POSITIVO	75
5.2.3.1	LOS REFERENTES A CAPACIDAD JURÍDICA	75
	A) Capacidad técnica del concesionario	
	B) Capacidad financiera	
	C) Plazo	
	D) Derechos del concesionario	
	E) Obligaciones del concesionario	
	F) Rescate	
	G) Derecho de revisión	
	H) Procedimiento para otorgar la concesión	
	I) Extinción de la concesión	

## CAPÍTULO VI EL ESTADO COMO FINANCIADOR DE LA SALUD

6.1	LA PARTICIPACIÓN DEL ESTADO EN LA PREVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES	85
6.1.2	EFICIENCIA EN LA PREVISIÓN DE SERVICIOS	85
6.2	MODELOS PRINCIPALES DE ATENCIÓN A LA SALUD	86
	a) Servicios nacionales	
	b) Seguridad social	
	c) Seguridad privada	
	d) Mixtos	
6.2.1	MODELOS	88
	A) Esquema 1	
	B) Esquema 2	
6.3	LA SALUD Y EL SERVICIO QUE PRESTA EL ESTADO	90
6.4	LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO	93
6.4.1	SISTEMA DE SALUD EN GRAN BRETAÑA	93
6.4.2	SISTEMA DE SALUD EN CANADÁ	93
6.4.3	SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS	94
6.4.4	SISTEMA DE SALUD EN CHILE	94
6.4.5	SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	94
6.4.6	SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	95
6.4.7	SISTEMA DE SALUD EN EL RESTO DEL MUNDO	96
6.5	DE LOS SEGUROS SOCIALES A LA SEGURIDAD SOCIAL	97

## CAPÍTULO VII CONCESIÓN DEL SERVICIO MEDICO

7.1	REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	98
7.1.2	REFORMA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	99
7.1.2.1	FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS	99



7.1.3	MODELOS DE FINANCIAMIENTO	100
7.1.3.1	EFFECTOS COMPARATIVOS DE LOS DIVERSOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	101
	1) Voluntario con pago directo	
	2) Voluntario con reembolso	
	3) Público con reembolso	
	4) Voluntario con contrato	
	5) Público con contrato	
	6) Voluntario integrado	
	7) Público integrado	
7.1.3.2	EL MODELO DE EQUIDAD Y EFICIENCIA	104
7.2	PRINCIPALES PUNTOS DE LA REFORMA DE SALUD	105
7.3	CONSECUENCIAS DE CONCESIONAR EL SERVICIO MÉDICO	108
7.3.1	LA CONCESIÓN DEL SERVICIO MEDICO	109
7.3.2	LOS PRINCIPALES RECTORES	110
7.3.3	PRINCIPIOS LOGRADOS CON LA CONCESIÓN DEL SERVICIO MEDICO QUE PRESTA EL ESTADO	111
	• Libre elección	
	• Pluralidad	
	• Separación de funciones	
	• Flexibilidad	
	• Participación	
	• Gradualidad	
	• Equilibrio financiero	
7.3.4	REGIMENES PARA SU APLICACIÓN	111
7.3.5	TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	112
7.4	EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD	113
7.5	PLAN BÁSICO DE SALUD	114
7.5.1	EL NÚMERO DE SEGURO	117
7.5.2	FUNCIONES DEL MÉDICO DE CABECERA	118

CONCLUSIONES  
BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad ha representado una lucha constante por el mejoramiento y respecto de las condiciones laborales de los trabajadores, así como la protección a los infortunados a los que están expuestos.

Así, el derecho humano a la salud, el amparo a sus medios de subsistencia y la garantía a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, han sido el anhelo fundamentalmente de los grupos sociales más representativos.

Inicialmente, el Derecho Civil con toda su problemática y limitaciones individualistas recogió en su legislación la tutela de estos principios; posteriormente el derecho del trabajo a través de la previsión social, contribuye notablemente a mejorar su implementación y desarrollo vinculado fundamentalmente a la regulación de las relaciones obrero-patronales; sin embargo por su marco de aplicación, muchos sectores de la sociedad se encuentran en el desamparo por la ausencia de una relación laboral que los dignifique.

Es por ello que surge la seguridad social, como una disciplina independiente, que ha olvidado los principios contractuales y los elementos de subordinación mediante un sistema que pugna por el bienestar individual y colectivo en todos los órdenes, con objetivos muy amplios, variados y posibles de sistematizar académicamente.

De ahí mi inquietud por analizar las normas e instituciones que conforman esta materia, para definir sus conceptos que la integran, y que en ocasiones resultan complejos de identificar.

Romper con la inseguridad en todos los órdenes es la prueba más fehaciente de la evolución misma del individuo y la consagración de los Estados políticamente estructurados, tal es el caso de las demandas cada

vez mayores de medidas de seguridad, y sobre todo la presión y los efectos de esos movimientos sociales en el campo del Derecho.

El anhelo fundamental de la actual clase trabajadora, es no sólo asegurar el sustento de las personas que dependen económicamente de esa fuerza productiva laboral, sino también la subsistencia decorosa y digna para el resto de sus días de él.

Por ello, la Seguridad Social tiene por objeto contrarrestar la ciega injusticia de la naturaleza y de las actividades económicas, por medio de un sistema bien estructurado de bienestar colectivo integral, basado en la justicia social, niveladora de desigualdades que persigue remediar los grandes males y diferencias de las clases económicamente débiles.

Las condiciones de vida de la clase trabajadora son cada día más desventajosas e injustas, creando anarquía y desesperación (sobre todo económica), por la forma en la que se encuentra distribuida la riqueza en nuestro medio.

En otro orden de ideas, las estadísticas proporcionadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, año con año nos revela que el país cientos de miles de trabajadores sufrieron accidentes de trabajo, representando un gran costo para el Instituto, situación que sin lugar a duda nos demuestra alarma e inseguridad en su empleo.

La Seguridad Social en México, como es su estructura, sus formas de funcionar han sido analizadas desde el punto de vista jurídico, como objetivo primordial. La interrogante, que hace posible la realización de este trabajo, que es la búsqueda del "Origen de la Seguridad Social en México", no solamente como un simple trabajo de investigación.

Sino intentando conocer una de las instituciones más importantes, dentro del objetivo del Estado, que es la búsqueda permanente de la Justicia Social.

# CAPÍTULO I

## LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

En este capítulo conoceremos un poco lo que es la seguridad social, como definición, que objetivos persigue y cual es el marco legal de la seguridad social en México.

Tenemos en primer lugar a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siguiendo con la Ley Federal del Trabajo y por último, la Ley del Seguro Social.

Dentro de este capítulo se pretende que el lector se vaya familiarizando con algunos conceptos y ubique de una manera general a la seguridad social.

### 1.1 MARCO LEGAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.

- A) CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
- B) LEY FEDERAL DEL TRABAJO
- C) LEY DEL SEGURO SOCIAL
- D) LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

### 1.2 DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección y de los medios de subsistencia y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo.

La realización de la Seguridad Social está a cargo de entidades o dependencias pública federales o locales y de organismos descentralizados conforme a lo dispuesto por la ley del Seguro Social.

### **1.2.1. DERECHO A LA SALUD**

El acceso igualitario a los servicios de salud y la justa asignación de los recursos médicos: Humanos, de infraestructura, tecnológicos, medicamentos, distribución del tiempo, a fin de asegurar el derecho a la preservación de la salud, es también un factor determinante de la problemática indicada.

Por consiguiente, la ética médica ha debido encontrar tanto respuestas propias a los progresos modernos de la medicina como a las nuevas expectativas de los hombres y a las relaciones sociales que han cambiado, debiendo tenerse presente al efecto la indispensable necesidad de contar con una adecuada fundamentación de la misma, dado que el simple "establecimiento de deberes no es ninguna fundamentación y de ningún modo garantiza su realización".

La Ley del Seguro Social en su artículo 2, señala que; la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el

otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

### **1.3 LA SEGURIDAD SOCIAL**

La Seguridad Social es parte de una visión de POLÍTICA Y ESTRATEGIA INTEGRAL que compromete la cultura de la solidaridad, la puesta en marcha de una economía productiva con capacidad de crecimiento sostenido y el sentido preciso de la justicia social.

La Seguridad Social se inscribe en una estrategia del Desarrollo Humano.

La previsión y el ahorro son sus componentes esenciales.

Es por lo tanto una responsabilidad colectiva y no meramente individual.

Está en juego el futuro de toda la población, siendo los sectores más necesitados los más presionados por los avatares de la vida y los riesgos del trabajo.

La Seguridad Social es un Pacto de Generaciones y parte fundamental del Pacto Social.

En un tiempo en que es precario el empleo, aumenta el desempleo y crece en forma alarmante la pobreza crítica, es decisivo articular formas novedosas de Políticas de Seguridad Social para garantizar la salud de la población y promover una convivencia humana superadora de la actual

desigualdad y exclusión social, de que son víctimas más del 70% de la población latinoamericana - caribeña.

En este sentido, el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos es terminante al prescribir:

"Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social a su vez expresa:

"El hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de Seguridad Social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad".

El convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo como las diferentes escuelas doctrinarias permiten configurar el concepto de la Seguridad Social y sus objetivos:

"La Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales".

"La Seguridad Social tiene como objetivo proteger a todos los miembros de la sociedad frente a todas las contingencias a que se exponen a lo largo de la vida. Por ejemplo, la salud, vejez, cargas familiares, accidentes de trabajo, invalidez, muerte o desempleo, tienen

que ser garantizadas obligatoriamente por el Estado, siendo éste responsable de su cumplimiento, asegurando el carácter redistributivo de la riqueza con justicia social".

Es también un hecho público de observancia obligatoria y aplicación universal para el logro solidario de una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos, que asegura para toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para una subsistencia decorosa, libre de miseria, temor enfermedad, ignorancia y desocupación con el fin de que en todos los países se establezca, mantenga y acreciente el valor intelectual, moral y filosófico de su población activa, se prepare el camino a las generaciones venideras y se sustenta a los incapacitados, eliminados de la vida productiva.

Es un conjunto de normas y principios que tienden a establecer cauces capaces de garantizar a la mayoría de la población, la elevación de índices de bienestar social, haciendo menos intensas las grandes diferencias sociales y al realizar una equitativa y justa distribución de la riqueza.

### **1.3.1. CONCEPTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En 1942, Sir **William Beveridge**, para los fines de su informe sobre los seguros sociales, definió a la seguridad social como "el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia".

De lo anterior se refiere, que Beveridge concebía a la seguridad social como algo práctico, sin proyección científica, ya que limitaba su



trabajo a resolver la crisis inglesa de la posguerra, aconsejando medidas para los males exclusivamente británicos, mediante reformas sociales encaminadas a resolver los males calificados como cinco gigantes: la indigencia, la enfermedad, la ignorancia, la suciedad y el ocio.

**José Pérez Leñero**, en sus fundamentos de seguridad social que equivocadamente definió al indicar “la seguridad social es la parte de la ciencia política, mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, precisión o asistencia tendientes a defender y propulsar la paz y la prosperidad general de la sociedad, a través del bienestar de todos sus miembros”. Errónea sin lugar ya que ubica a la materia individual en la ciencia política, no obstante que contiene normas de carácter imperativo que deben obedecerse inexorablemente con la debida intervención del Estado.

Por su parte **Gustavo Arce Cano**, en su extraordinario tratado de seguridad social, nos da una definición un poco mas desarrollada y madura, concibiendo a la seguridad social como el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el ingreso para vivir y a la salud, a través del reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del Seguro Social, al que contribuyen los patrones, los trabajadores y el Estado, o alguno de ellos como subsidios, pensiones y atención facultativa y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos de las dependencias de aquel, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para el sostenimiento de él y de su familia.

Ahora bien, la Ley del Seguro Social, en su artículo segundo, nos precisa claramente el objeto de la materia, al determinar que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Sin embargo, se considera que dichos conceptos son insuficientes, ya que no se refiere a que tipo de normar se dirige la finalidad esgrimida, ni tampoco de determinan los sujetos base del beneficio, pero no deja de ser un buen intento y una muy bella preocupación social.<sup>1</sup>

Todas las definiciones citadas, nos dan una idea del objeto y finalidad de la disciplina; sin embargo, la realidad es otra, y no todas las personas económicamente débiles cuentan con una protección de la seguridad social, lo que nos obliga aún más a contemplarla, como un instrumento jurídico que se encuentra en expansión y en vías de desarrollo para integrar un sistema verdadero de bienestar colectivo.

### **1.3.2. UBICACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Siempre ha existido la preocupación por clasificar el derecho, Ulpiano los distingue, en su ya clásica división, de lo cual el derecho publico tendría por objeto el Gobierno de la Republica Romana y el derecho privado pertenecería al provecho de cada individuo en particular.

Ubicar a la seguridad social es tratar de determinar su naturaleza jurídica y situarla en el lugar que le corresponde dentro de la clasificación

---

<sup>1</sup> Estados Unidos Mexicanos. Ley del Seguro Social.

del derecho, luego entonces es una cuestión de la ciencia del derecho que como tal, es objeto de clasificación.

**Hans Kelsen** establece que no cabe diferencia a la norma jurídica dado que es estatal y el sistema jurídico es unitario.

Por lo tanto, creemos que no es posible ubicar a ninguna disciplina jurídica, particularmente a la seguridad social en una determinada rama del derecho, ya que todo derecho es social emanado del poder público, homogéneo, y pretender clasificarlo como dice Kelsen, es tratar de clasificar los cuadros de un museo por su precio.

El maestro **José Campillo Sainz** expresa lo siguiente: *Los derechos sociales constituyen un conjunto de exigencias que la persona puede hacer valer ante una sociedad, para que le proporcione los medios necesarios para poder atender el cumplimiento de sus fines y le asegure un mínimo de bienestar que le permita conducir una existencia decorosa y digna de su calidad de hombre.*

Por último **Lucio Mendieta y Núñez** define al derecho social como el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos económicamente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo.<sup>2</sup>

### 1.3.3. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

---

<sup>2</sup> Arce Cano Gustavo. De los Seguros Sociales a la Seguridad Social. Ed. Porrúa. México 1972. p. 15

- a) Aseguramiento de las condiciones humanas de trabajo para proteger de los riesgos que amenazan al trabajador en el ejercicio del mismo.
- b) Otorgar bienestar a los que carecen de bienes, de fortuna cuyo patrimonio sólo consiste en un esfuerzo personal.
- c) Dar a los trabajadores una garantía de que perciban la reparación de su fuente de ingreso que les ha sido asignado.

#### **1.3.4. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En todas las épocas, los hombres, los pueblos y las naciones han aspirado a la Seguridad Social. Romper con la inseguridad en todos los órdenes es la prueba más fehaciente de la evolución misma del individuo y la consagración de los Estados políticamente estructurados.

El anhelo fundamental de la actual clase trabajadora, es no-solo asegurar el sustento y la comida del día siguiente, sino también la subsistencia decorosa y digna para el resto de sus días de el y de las personas que dependan de el económicamente, así como de los infortunios o imprevistos que puedan presentarse.

Por ello, la Seguridad Social tiene por objeto contrarrestar la ciega injusticia de la naturaleza y de las actividades económicas por medio de un sistema bien estructurado de bienestar colectivo integral, basado en la justicia social, niveladora de las desigualdades que persiguen remediar los grandes males y diferencias de las clases económicamente débiles.

Las condiciones de vida de la clase trabajadora son cada día más desventajosas e injustas, creando anarquía y desesperación, por la forma en que se encuentra distribuida la riqueza en nuestro medio.

Desde la Revolución Industrial y, con el auge del sistema Capitalista se agravaron las diferencias de clase existentes; con el devenir de la industria y el maquinismo, la salud y la integridad del trabajador se vio expuesta a múltiples imprevistos y riesgos derivados del ejercicio del trabajo mismo.

El accidente, la enfermedad, la muerte, la vejez, la cesantía y en general el infortunio, son circunstancias que acechan y pueden afectar el hogar y la empresa donde presta sus servicios el trabajador, y cuando este llega a faltar, la familia se ve abandonada en las más precarias condiciones, ya que el trabajador normalmente no reserva parte de sus salarios al vivir deficientemente con dicha remuneración y no se encuentran en condiciones de afrontar un imprevisto contingente que pudiera ocurrir; también es conocido por todos, la falta de ahorro de ciertos elementos de la sociedad mexicana.

Ciertamente, la Seguridad Social pugna por elegirse como un sostén o muralla protectora de la humanidad, procurando el bienestar colectivo en forma integral, para lograr la anhelada felicidad a la que todos tenemos derecho.

Luego entonces, la Seguridad Social, tiene objetivos muy amplios y variados, que en ocasiones resultan difíciles de sistematizar objetivamente, desde un punto de vista académico.

De ahí la inquietud primordial de analizar y concretizar la materia en este trabajo, para presentar metodológicamente una idea clara de la Seguridad Social en el ámbito del derecho.

#### **1.4. SERVICIO MEDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

El ejercicio de la medicina ha generado siempre diversos y variados problemas, conflictos éticos en la práctica clínica cotidiana, lo cual importa que la decisión médica que se adopte sea, a la vez y en su contexto propio, una decisión ética. Actualmente, estas cuestiones conflictivas se han acrecentado y tornado notoriamente más complejas, lo cual ha obligado a cambiar (en rigor, a estructurar) los procedimientos de toma de decisión en la práctica clínica.

Es suficiente recordar que, en medicina intensiva, tanto en razón del llamado imperativo tecnológico -según el cual "todo lo que (tecnológicamente) puede hacerse, debe hacerse" (luego, "es lícito") cuanto por la influencia de ideologías socioculturales, excediendo de sus límites terapéuticos y deontológico, se ha prolongado la permanencia en las Unidades de Terapia Intensiva, convirtiéndose, en numerosos casos, en una deformación exagerada y sin sentido del proceso de morir, en una cruel e irracional agonía de pacientes que están más allá de toda posibilidad actual de curación (encarnizamiento médico). Este fenómeno ha conducido a la determinación de la futilidad del acto médico, a la instrumentación de decisiones anticipadas de no reanimación (DNR), al establecimiento de criterios de ingreso, permanencia y egreso de las tales unidades asistenciales, a la formulación de directrices para el retiro de los medios de soporte vital en pacientes irrecuperables -Ej. En estado vegetativo persistente-, etc., con la consecuente formulación de la exigencia ética y su correlativo derecho a morir con dignidad, entre otras cuestiones, de órganos jurisdiccionales.

El cuestionamiento de la tradicional relación médico-paciente (asimétrica, vertical y paternalista, cuando no autoritaria), claro está que el rechazo del paternalismo no implica vedar al médico la franca expresión de su propio criterio acerca de los tratamientos que considera científicamente adecuados, y aún, en su caso, insistir –con sinceridad y sin coacción– para que el paciente disidente los acepte, pero no emplear la medicina para imponer sus prioridades, valores y cruzadas personales, y así, en definitiva –al decir de **Charlesworth, Max**: "el médico debe respetar el derecho autónomo del paciente a controlar su propia salud y a rechazar el tratamiento (incluso si de ello resulta la muerte), y a exigir el derecho a dar consentimiento con conocimiento de causa; el paciente, por otro lado, debe respetar el derecho del médico como profesional a insistir sobre las normas deontológicas y a ejercer cierto grado de paternalismo justificado, siempre que el paciente no pueda asumir responsabilidades sobre sus propias decisiones relativas a la asistencia sanitaria".<sup>3</sup>

Por su parte, el acceso igualitario a los servicios de salud) y la justa asignación de los recursos médicos: Humanos, de infraestructura, tecnológicos, medicamentos, distribución del tiempo, etcétera, a fin de asegurar el derecho a la preservación de la salud, es también un factor determinante de la problemática indicada.

Por consiguiente, la ética médica ha debido encontrar tanto respuestas propias a los progresos modernos de la medicina como a las nuevas expectativas de los hombres y a las relaciones sociales que han cambiado, debiendo tenerse presente al efecto la indispensable

---

<sup>3</sup> La bioética en una sociedad liberal, Cambridge University Press, Gran Bretaña, 1996, p. 147

necesidad de contar con una adecuada fundamentación de la misma, dado que el simple "establecimiento de deberes no es ninguna fundamentación y de ningún modo garantiza su realización".

## **1.5.- ANTECEDENTES MUNDIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Desde tiempos remotos, las civilizaciones se han preocupado por la Seguridad Social, ante el peso de la inseguridad en todos los órdenes, no obstante que es una institución moderna, en su inspiración es tan antigua como la necesidad del hombre de combatir esta inseguridad.

Ciertamente, el origen de las agrupaciones obedece al desarrollo histórico del hombre y fundamentalmente la forma instintiva de luchar por su seguridad, quizá a la inseguridad que el mundo inhóspito le presentaba, por lo que sintió la necesidad de vivir en grupos con la idea del bienestar común en todos sus aspectos, con el pastoreo, la domesticación de animales y el cultivo de plantas logró tener seguridad sobre el fruto de su alimentación.

No obstante, la enfermedad y la muerte continuaron siendo motivo de preocupación, anteponiendo sus creencias y sus veneraciones a seres superiores o sobre naturales como recurso a la inseguridad, que lo condujeron a adoptar formas de organización social.

Con el transcurso del tiempo, hubo culturas que crearon sistemas de ayuda mutua, en el pueblo griego existían organizaciones encargadas de socorrer a la población y a los menesterosos.

### **1.5.1. ROMA**



En Roma se precisó con claridad estas instituciones como los colegios de artesanos, principalmente los *collegia tenoiurum*, que mediante el pago que hacían los asociados de una prima o cuota se cubrían a los beneficiarios gastos de sepelio.

En la edad media, el hombre buscó otras formas de seguridad más complejas y se agrupó en instituciones denominadas, gremios, corporaciones y gildas.

Los gremios eran la unión de los oficiales de un mismo oficio con el único fin de buscar protección.

Las corporaciones eran organizaciones de oficios regidos por sus propios estatutos, en lo que fijaban normas sobre calidad de sus productos, condiciones de trabajo y ayuda mutua, ante la incipiente regulación y protección laboral.

Las gildas, proporcionaban a sus agremiados protección mutua mediante asistencia en caso de enfermedad, muerte, orfandad, viudez.

Estas organizaciones surgen de la necesidad de protección económica de sus agremiados y familiares, que estaban formados por los maestros, oficiales, compañeros o asalariados y aprendices que reciben instrucción sobre las técnicas de fabricación mediante un sistema de producción monopólico.

En la incipiente época moderna, la clase trabajadora no tuvo la protección oficial necesaria y con el fenómeno del maquinismo y la revolución industrial tuvo la urgente necesidad de agruparse con fines profesionales y una mayor seguridad industrial y social integra.

### **1.5.2. ALEMANIA**

El gobierno alemán, retoma esta idea y finca razones fundamentales que determinaron la creación de los Seguros Sociales, en una primera etapa de carácter voluntario y, a partir de 1883 se crea el Seguro obligatorio para todos los trabajadores amparados por el Estado, mediante medidas de prevención en beneficio de la colectividad.

De 1883 a 1919 otros países tomaron la experiencia de la Seguridad Social en Alemania, como Francia, Dinamarca e Inglaterra.

### **1.5.3. INGLATERRA**

Inglaterra después de una larga lucha sindical en el año de 1907, introduce la Ley de reparación de accidentes de trabajo y el sistema de asistencia para ancianos. Sin embargo, en 1911 promulga la de la Ley denominada "*National Insurance Bill*", la cual obtuvo la solidaridad nacional, porque abarcó en forma completa y perfeccionada los riesgos de enfermedad, invalidez y el paro voluntario, colocándose en líder mundial en materia de seguros sociales.

En 1914, *Gran Bretaña*, mediante la cámara de los comunes, revisa los sistemas existentes del seguro social y sus servicios conexos.

Con el perfeccionamiento del Plan "*Beverige*", en Junio de 1948 se promulga la Ley del Seguro Nacional con la cual Inglaterra establece su seguridad social integral protegiendo los accidentes y enfermedades de trabajo, la sanidad, atención a la niñez y asistencia a los desvalidos entre otros, así como el seguro social.

### **1.5.4. ESPAÑA**

España fue otro país que destacó en la legislación de los seguros sociales, creando en 1883 una comisión de reformas sociales abocándose al estudio y resolución de estos problemas.

La primera Ley española al igual que la alemana, se funda en los seguros voluntarios, principalmente en lo relativo a los accidentes de trabajo como consecuencia del desarrollo industrial.

Se responsabiliza a los patronos de las consecuencias de los riesgos de trabajo transformándose en seguridad del riesgo de trabajo. En la Ley del 7 de febrero de 1908 se crea en Instituto Nacional de revención y en mayo de 1917 se consolida una necesidad de la obligatoriedad, y es hasta el 11 de marzo cuando se dicta la Ley del Seguro Social obligatorio y el reglamento respectivo se da a conocer el 21 de enero de 1921, con una preocupación de bienestar colectivo.<sup>4</sup>

#### **1.5.5. ESTADOS UNIDOS**

Por otra parte los Estados Unidos de Norteamérica, con motivo de la crisis económica de 1929, que dejó sin empleo a miles de trabajadores y la quiebra de incontables fuentes de trabajo, se crea la Ley del Seguro Social, aprovechando las experiencias en la materia de otros países.

En 1935 adoptó el sistema del seguro social promulgando la Ley contra la desocupación, la vejez, de retiro y la Ley del seguro de desempleo de los ferrocarrileros, en 1946 en los diversos Estados de la Unión Americana, con excelentes logros.

### **1.6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

En nuestro país, la Seguridad Social tiene un carácter dinámico y latente que se ha fortalecido a través del tiempo, desde la época precortesiana se puede identificar con las denominadas cajas de

comunidades indígenas, que funcionaban con aportaciones de estas para cubrir los infortunios de la muerte, otros riesgos o festividades a sus dioses.

Los montepíos de viudas y pupilos, empiezan a funcionar en el año de 1770 otorgándose descuentos a los sueldos para asegurar una determinada suma que permitía conceder subsidios a los familiares del asegurado. Los montepíos en México, y los gremios y corporaciones en Europa influyen notablemente en la creación de las sociedades Mutualistas y Unidades de Seguridad Colectiva, en donde aparecen conceptos reales de nuestro sistema de Seguridad Social, como lo son la ayuda y la cooperación mutua de los propios asegurados.

Así a partir del 16 de septiembre de 1810 se inicia la lucha armada por la Independencia de la Nueva España, inspirada por los ideales del liberalismo de la época, que se identifica con el pensamiento de José María Morelos y Pavón cuando en el Congreso Constituyente de Chilpancingo señaló:

En el período de 1910-1917, la clase trabajadora se favoreció con la promulgación de Leyes en diversos Estados de la República en las que cabe destacar las siguientes:

- El 30 de abril de 1904, en el Estado de México, José Vicente Villada promulgó una Ley referente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en la que obligaba al patrón a responsabilizarse de los riesgos laborales de sus empleados y cubrirles indemnizaciones, pago de salarios y atención médica durante tres meses y, en caso de muerte, funerales y salario de quince días.

---

<sup>4</sup> Arce Cano Gustavo. Op. Cit. Supra (2). p. 63

- Más tarde, en 1906, Bernardo Reyes, Gobernador del Estado de Nuevo León, expidió la Ley sobre accidentes de trabajo, en la que se obligaba al patrón a otorgar prestaciones médicas, farmacéutica y pago de salario al trabajador, por incapacidad temporal o permanente e indemnizarlo en caso de muerte.

Posteriormente, en 1913, Don Venustiano Carranza declara en el Ayuntamiento de Hermosillo lo siguiente:

“Terminada la lucha armada, del Plan de Guadalupe, debe principiar la magistral lucha social, la lucha de clases, para realizar los nuevos ideales sociales, que no es repartir tierras, y sufragio efectivo; Si no también evitar y reparar riesgos; es más grande y sagrado establecer la justicia, buscar la igualdad, la desaparición de los pobres para establecer la conciencia nacional.

**El 7 de octubre de 1914, Manuel Aguirre Berlanga** promulga en el Estado de Jalisco una Ley de Seguridad Social que fue un antecedente importante y decisivo de la institucionalización del seguro social ya que esta Ley comprende en su artículo 17 la obligación de depositarle al empleado por lo menos un cinco por ciento de su salario para crear un servicio de mutualidad que se reglamentaría en cada municipio.

**Don Venustiano Carranza**, jefe de la Revolución Constitucionalista, publicó el decreto del 12 de diciembre del año de 1912, en cuyo artículo 2 se decía: “El primer jefe de la Nación y encargado del Poder Ejecutivo expedirá y pondrá en vigor, durante la lucha, todas las leyes, disposiciones y medidas encaminadas a dar satisfacción a las necesidades económicas, sociales y políticas del país, efectuando las reformas que la

opinión pública exige como indispensables para establecer un régimen que asegure la igualdad de los mexicanos...”<sup>5</sup>

### 1.6.1. PROMULGACIÓN DE LA LEY DEL TRABAJO

Hasta el 11 de diciembre de 1915 promulgó el Estado de Yucatán su Ley del Trabajo a iniciativa del general **Salvador Alvarado**. Dicho ordenamiento, que es sumamente importante en todos sus capítulos, fue el primero que estableció el Seguro Social en nuestra patria, siguiendo el modelo de Nueva Zelanda, cuya legislación admiró Alvarado.

En 1916 se instaló en Congreso Constituyente de Querétaro, que expidió nuestra Carta Magna. Su artículo 123, fracción XXIX, consideró de utilidad el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcarla previsión popular. Se advierte claramente que dicho precepto pretendía que se implantara el seguro social voluntario, pero popular, o sea, para todo el pueblo. Debería ser general.

El Código del Trabajo del Estado de Yucatán, del 16 de diciembre de 1918, dio un paso hacia atrás en respecto a su ley laboral de 1915, pues abandonó el sistema de seguro social obligatorio para adaptarse a la Constitución Política de 1917. En referido cuerpo se dieron facultades a la Bolsa de Trabajo para fomentar el establecimiento de cajas de ahorro y seguros populares de invalidez, de vida de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros, con fines análogos. Se abandono el régimen de Nuevo Zelanda que el anterior siguió.

---

<sup>5</sup> Ibidem. p. 43

En el año de 1919 se formuló un proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales, que proponía la constitución de cajas de ahorros , cuyos fondos tendrían por objeto, entre otros, impartir ayuda económica a los obreros casados. Los trabajadores tendrían obligación de dar a las cajas el cinco por ciento de sus salarios. Los patronos, por otra parte, deberían aportar el cincuenta por ciento de la cantidad que les correspondiera a sus asalariados por concepto de utilidades en las empresas de acuerdo con la fracción VI del artículo 123 constitucional.<sup>6</sup>

El estado de Puebla promulgó su Código del Trabajo el día 14 de noviembre de 1921, y su artículo 221 estableció que los patronos podían sustituir el pago de las indemnizaciones de los accidentes y enfermedades profesionales, por el seguro contratado a sociedades legalmente constituidas y aceptadas por la Sección del Trabajo y Previsión Social del Gobierno local.

### **1.6.2. ANTECEDENTES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL**

En el mes de diciembre de 1921 el Presidente de la República, general Álvaro Obregón, envió al Congreso Federal su Proyecto de Ley del Seguro Social Voluntario. En la Exposición de Motivos sostuvo con visión y elocuencia que la mayor parte de las desgracias que afligen a las clases trabajadoras no tienen su origen en la falta de leyes, sino en las dificultades para su aplicación, que convierten los derechos legales en simples derechos teóricos, por que dejan a los propios trabajadores la tarea de exigir su cumplimiento, y la realización tiene que desarrollarse

---

<sup>6</sup> Idem. p.46

dentro de una legislación complicada, tardía y costosa que burlan los patronos. Reglamente el artículo 123 constitucional primitivo, ya visto.

El Código Laboral del Estado de Campeche (30 de noviembre de 1924) estableció en el artículo 290 lo siguiente: "El patrono podrá sustituir con un seguro hecho a su costa, en beneficio del obrero, la obligación que tiene de indemnizar a éste en los casos de accidentes y enfermedades de trabajo..." En realidad no se trata de un seguro social, sino privado, pero es un fin encomiable.

Las leyes del trabajo de Tamaulipas (12 de junio de 1925) y de Veracruz (10 de julio del mismo año) establecieron una modalidad especial del seguro voluntario. Los patronos podían sustituir las obligaciones sobre enfermedades y accidentes profesionales, con el seguro hecho a su costa y a favor de los trabajadores, en sociedades debidamente constituidas, con suficientes garantías y aprobación de los Gobiernos de los Estados, pero, a la vez, los empresarios que optaren por asegurar a sus operarios, no podían dejar de pagar la primas correspondientes sin causa justificada. Cuando los patronos suspendían el pago los obreros y las compañías aseguradoras tenían acción para obligar a los patronos a continuarlos, mediante juicio sumario seguido ante la Junta Central de Conciliación y Arbitraje.

En el año de 1925 fue elaborado el proyecto de Ley Reglamentaria del artículo 123 de la Constitución General, el cual determinó que los patronos deberían garantizar la atención médica y el pago de las indemnizaciones por los accidentes y enfermedades profesionales que estimaren pudieran ocurrir durante el año, depositando en la forma y lugares prevenidos por el Ejecutivo Federal la cantidad fijado por éste.



También podían asegurarlos en empresas, ya fuesen particulares, oficiales o constituidas por ellos mismos. Y en el caso de que se instituyese un “Seguro Oficial por accidentes profesionales, enfermedades de trabajo, atención médica, etc.”, el citado proyecto disponía que los empresarios estarían obligados a asegurar en él, el personal que tuvieran a su servicio. (Artículo 297.)

La Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, fue expedida el 12 de agosto de 1925. Posteriormente sufrió algunas reformas. Conforme a dicha ley los funcionarios y empleados de la federación, del Departamento del Distrito Federal y de los Gobiernos de los Territorios Nacionales, tienen derecho a pensiones: a) cuando lleguen a la edad de 55 años; b) o cuando tengan 35 años de servicios; c) o cuando se inhabiliten para el trabajo. También tienen derecho a pensión, los deudos de los funcionarios y empleados.

El fondo de pensiones se forma principalmente con el descuento forzoso sobre los sueldos de los funcionarios y empleados durante el tiempo de sus servicios y con las subvenciones de la Federación y Distrito y Territorios Federales. Pero esta ley fue sustituida por la relativa al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La ley de Aguascalientes de 1928, en su artículo 450, estableció que el Gobierno Local patrocinaría la fundación y sostenimiento de una sociedad mutualista en beneficio de todos los trabajadores, en virtud de la cual todo obrero, depositando una pequeña parte de sus salarios, podría ponerse a cubierto para la vejez y dejar a sus deudos, en caso de muerte, libres de la miseria. Esta sociedad, de acuerdo con la ley, sería una

institución de seguro voluntario altamente benéfica, garantizada por el Gobierno que expediría sus bases constitutivas.

El decreto de 13 de noviembre de 1928 estableció el Seguro Federal del Maestro, ordenando la constitución de una sociedad mutualista con el objeto de auxiliar pecuniariamente a los deudos y familiares de los maestros asociados, cuando ocurra el fallecimiento de éstos, ayuda independientemente de los beneficios de la Ley del Instituto de Seguridad Social citada.

En el año de 1929 el Gobierno Federal ordenó se elaborara un proyecto de Ley en que se imponía a los patronos depositaran en una institución bancaria del 2 al 5% del salario mensual de los obreros a su servicio, para formar un capital en beneficio de éstos. Aunque el sistema era obligatorio, no tuvo éxito e iba contra la justicia social, pues no cotizaba el empresario.

En el mismo año el Presidente de la República, Emilio Portes Gil, sometió a la consideración del Congreso la iniciativa de un Código Federal del Trabajo, que establecía el seguro privado voluntario en su artículo 368, que dice que "los patronos podrán sustituir las obligaciones referentes a los riesgos de carácter profesional "con el seguro hecho a su costa en cabeza del trabajador, en alguna de las sociedades de seguros debidamente autorizadas y que funcionen conforme a las leyes de la materia, pero siempre a condición de que la suma que el trabajador reciba no sea inferior a la que le corresponda con arreglo al mismo ordenamiento". Además de un seguro privado y voluntario, era inconveniente, al no adaptarse a la Constitución vigente entonces.

La Constitución Política de la Unión fue modificada el 31 de agosto de 1929, habiendo quedado la fracción XXIX del artículo 123 en los términos siguientes: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos." El doctor **Mario de la Cueva** dice que el texto original del párrafo mencionado "difiere bastante del actual, pues mientras aquel se refiere claramente a un seguro potestativo, éste permite al legislador ordinario establecerlo con carácter obligatorio, lo que acusa un evidente progreso". No se refiere únicamente a los trabajadores, como se advierte, pero se tendrá que alterar para que ordene la implantación de la seguridad social.<sup>7</sup>

La Exposición de Motivos de la buena Ley Federal del Trabajo, promulgada el 18 de agosto de 1931, en gran acierto dice: "No basta afirmar el principio del riesgo profesional y, con sujeción al criterio que de él deriva, establecer tanto los casos de responsabilidad como el monto de las indemnizaciones. Es necesario dar a los trabajadores la garantía de que percibirán la reparación que les ha sido asignada. El Gobierno Federal, compenetrado de que no es posible un sistema racional y equitativo de reparación de los riesgos profesionales, si no es por medio del seguro, considera la reglamentación de esta materia que se hace en el proyecto de la Ley del Trabajo como meramente provisional, y desde luego emprende un estudio tan serio como el asunto requiere, a fin de proponer en breve plazo al H. Congreso de la Unión un proyecto de Ley sobre el seguro obligatorio". El artículo 305 de la ley establece lo siguiente: "Los patrones podrán cumplir las obligaciones que les impone el título denominado 'De los Riesgos Profesionales', asegurando a su costa el trabajador a beneficio de quien debe percibir la

---

<sup>7</sup> Idem. p. 48

indemnización, a condición de que el importe del seguro no sea menor que la indemnización. El contrato de seguro deberá celebrarse con una empresa nacional.”

En 1932 el Congreso de la Federación concedió facultades al Poder Ejecutivo para que en un plazo de ocho meses expidiera la ley del Seguro Social Obligatorio. Pero el cambio repentino del Presidente de la República impidió que se cumpliera con dicho decreto.<sup>8</sup>

### **1.6.2.1. PROYECTOS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL**

En los años de 1932 a 1940 se proyectaron diversas leyes del seguro social en los Departamentos de Trabajo la Salubridad Pública, en la Secretaría de Gobernación y de Hacienda y en la Comisión de Estudios de la Presidencia. Quizá las más importantes de ellas son las siguientes:

El Proyecto de la Ley del Trabajo y Previsión Social Elaborado en 1934, como consecuencia del Primer Congreso de Derecho Industrial efectuado con dicho año y que se debe en gran parte al distinguido maestro Mario de la Cueva, se sentaron las bases sobre las que debería descansar la Ley del seguro social.

Para este proyecto el Seguro Social Obligatorio constituiría un servicio federal descentralizado a cargo de un organismo que debería llevar por nombre “Instituto de Previsión Social”. Las características de éste serían: a) autonomía completa; b) integrado por representantes del Gobierno Federal, de los empresarios y de los trabajadores; c) no podrá perseguir fines lucrativos, d) sus recursos deberían provenir de las

---

<sup>8</sup> Idem. p. 49

aportaciones que la ley establezca a cargo del Estado, de los patrones y de los asegurados. Esta contribución es fiscal, adelantando el concepto de la Ley del Seguro Social vigente, en su artículo 135.<sup>9</sup>

Las prestaciones que otorgaría el instituto serían de dos categorías. Una en dinero, bajo la forma de subsidios temporales o de pensiones, y sólo por excepción se pagarían indemnizaciones globales. La otra constituiría en asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y en aparatos y accesorios terapéuticos, hospitalización y reducción.

El Presidente de la República, general **Lázaro Cárdenas**, el 27 de diciembre de 1938 envió a la Cámara de Diputados un **proyecto de Ley de Seguros Sociales**, con carácter obligatorio, que debería cubrir los riesgos de enfermedades y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

La futura ley prevenía la creación de un organismo centralizado que se denominaría "Instituto Nacional de Seguros Sociales", en el cual estarían representados los obreros y patrones. Estos y el Poder Ejecutivo Federal aportarían cuotas para el sostenimiento del Instituto, que tendrían carácter fiscal.

Las prestaciones que éste otorgaría podían ser individuales o colectivas, directas o indirectas, consistentes en indemnizaciones, subsidios o pensiones en dinero; asistencia médica y farmacéutica, hospitalización, aparatos y accesorios terapéuticos y ortopédicos, servicios de

---

<sup>9</sup> Idem. p. 50

colocaciones, orientación profesional y fomento de obras y servicios de interés colectivo.<sup>10</sup>

El Instituto estaba facultado para autorizar a las sociedades mutualistas y organismos sindicales para que actuaran como sucursales suyas, asegurando a sus miembros.

Pero el proyecto se formuló sin base actuarial. En la Exposición de Motivos se dijo que los datos estadísticos en que debería descansar el funcionamiento del Seguro Social "sólo pueden, por su naturaleza, obtenerse en la práctica".

De 1941 a 1942 **la Secretaría del Trabajo y Previsión Social** formuló un proyecto de **Código del Seguro Social**, que se transformó en la ley vigente del año últimamente dicho, y que aún está en vigor con las modificaciones que se le han hecho en los años de 1947, 1949, 1956, 1958, 1965 y 1970. En todas estas transformaciones legales se observa que el móvil fundamental fue elevar directa o indirectamente, en forma sutil, los montos de las cuotas. Es verdad que las de 1949 y 1956 incluyen nuevos preceptos, favorables a la clase trabajadora, pero no se esconde el móvil referido, como también en las demás se incrementa la mayor parte de las prestaciones benéficas a los asegurados y sus causahabientes, sin dejar que no se vea el dicho propósito. Y por ello, y a fin de evitar tanta reforma legal, debería establecerse, la escala móvil de las cuotas y prestaciones, que permitan al Instituto del Seguro Social promover su aumento ante el Poder Ejecutivo, quien oyendo a la Comisión Nacional del Salario Mínimo

---

<sup>10</sup> Idem. p.51

sobre la transformación del costo de la vida y del promedio del salarios, decida que cambien las cotizaciones.<sup>11</sup>

Por decreto del 30 de diciembre de 1959, se reformó la Ley del Seguro Social, eliminado del IMSS las facultades otorgadas para organizar la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado.

Conjuntamente con dicha reforma, se expidió la LEY del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado el 28 de diciembre de 1959, dando nacimiento al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, la cual fue publicada en el Diario Oficial el 30 del mismo año.

Se incorporaron a dicho Instituto los trabajadores del Servicio Civil de la Federación, del departamento del DF., así como los trabajadores de organismos Públicos que por ley, o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados.

Dicha cobertura ha sido ampliada constantemente, toda vez que en 1976 el Presidente Echeverría extendió mejores prestaciones de carácter social a los servidores públicos como el caso de vivienda y tienda de consumo popular, y diversas reformas y modificaciones a los ordenamientos legales en el desarrollo de la seguridad social en nuestro país, extendiéndose a los elementos que integran las Fuerzas Armadas Mexicanas, de aire, mar y tierra, creándose para tal efecto un organismo público descentralizado denominado Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, cuyas funciones sociales se concretan a la prestación y administración de servicios de carácter social para los miembros de las Fuerzas Armadas, y recursos de fondo para la vivienda, entre sus principales.

---

<sup>11</sup> Idem. p.51

La extensión de los Seguros Sociales continúan su marcha para la integración de la solidaridad social; sin embargo, aún muchos sectores de la población se encuentran al margen de sus beneficios.



## **CAPÍTULO II**

### **EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

#### **2.1 CONCEPTO DE SEGURO SOCIAL**

El Seguro Social es un órgano desconcentrado del Estado y el instrumento básico de la seguridad social, establecido como servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

#### **2.2 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Es un organismo público con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

"La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte".

El principal instrumento de la Seguridad Social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la Institución llamada Instituto Mexicano del Seguro Social.

La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente.

El propósito de los servicios sociales de beneficio colectivo y de las prestaciones fundamentales se orientan a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre.

La misión implica una decidida toma de postura en favor de la clase trabajadora y sus familiares; misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables.

Simultáneamente, por la misma índole de su encargo, el Instituto actúa como uno de los mecanismos para redistribuir la riqueza social y contribuye así a la consecución de la justicia social en el país. Entre otras funciones, la labor institucional ayuda a amortiguar presiones sociales y políticas.<sup>12</sup>

### **2.2.1. ORIGEN DE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

---

<sup>12</sup> Estados Unidos Mexicanos. Ley del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley del Seguro Social señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, Guarderías y Prestaciones sociales.

#### **2.2.1.1 EL SEGURO SOCIAL, FINES Y SU EFICIENCIA**

El seguro social responde no sólo por los accidentes o enfermedades profesionales, sino también por los siniestros de naturaleza social creados por la convivencia colectiva, como la desocupación, invalidez, vejez...

El seguro social satisface la necesidad de otorgar al trabajador o a su familia un sustitutivo del salario, cuando sin su libre albedrío no está en aptitud de devengarlo, así como medicinas, atención médica y hospitalaria. El principal riesgo que cubre es la imposibilidad para laborar, que priva al operario de su remuneración. Es el riesgo económico lo fundamental.

La eficiencia del Seguro Social se debe a que descansa en las matemáticas que valoran, con arreglo a la técnica actuarial, las probabilidades de los fenómenos o hechos inciertos y futuros, creadores de riesgos y siniestros que en casos no tiene que acatar por que primero está el pueblo. Esta especulación numérica le da base científica sólida, que augura, en gran parte, su solvencia y éxito rotundo. Sin los cálculos, el seguro constituiría un verdadero juego al azar. Aunque este elemento se va borrando, con respecto a la asistencia, debido a que se amplía el Seguro Social con el presupuesto del Estado.

El Seguro Social es un derecho. Jurídicamente se puede exigir el pago de las prestaciones que ampara. No son, por consecuencia, las indemnizaciones que concede, un don graciosamente proporcionado a la clase obrera, como era la asistencia. Ya que es un derecho del hombre proteger su existencia. Por ello ellos pagan las cuotas.<sup>13</sup>

Causas de carácter económico, social y político han mantenido a la población pobre de México en condiciones permanentes de insatisfacción, al grado de que resulta víctima de la alimentación insuficiente, de la vivienda antihigiénica y de la insalubridad. Estas causas han condenado al pueblo campesino, principalmente a vivir en un nivel muy bajo de vitalidad, en detrimento de su capacidad productiva.

La medida de carácter central para contrarrestar esos factores de perjuicio social no es otra que la de elevar el poder adquisitivo de los sectores pobres, a fin de capacitarlos para la obtención de la mayor parte de los satisfactores de sus necesidades.

---

<sup>13</sup> Arce Cano Gustavo. Op. Cit.. p.33

Por esta razón fundamental, la aplicación del Seguro Social representa una cuestión de primera importancia en México, pues el colocar al obrero, al labriego y al operario a domicilio a recibir servicios y prestaciones en los casos de enfermedades, de vejez, de invalidez y de los demás siniestros que por ley natural amenazan al hombre, se les capacita para adquirir alimentos sanos o más abundantes, para alojarse en viviendas cómodas e higiénicas y para educarse física e intelectualmente...<sup>14</sup>

## **2.2.2 REGIMENES DEL SEGURO SOCIAL.**

### **a) Voluntario**

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patronos personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

### **b) Obligatorio**

Dentro del Régimen obligatorio comprende: los riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada

---

y muerte, guarderías para los hijos de las aseguradas, y retiro. (Artículo 11 de la Ley del Seguro Social).

### **2.2.3. LOS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO**

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

I. Las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que se le de origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón.

Los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas.

II. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito.

III. Otros sujetos de aseguramiento:

Los trabajadores en industrias familiares, independientes, profesionales, comerciantes, artesanos, no asalariados, comuneros, ejidatarios.

### **2.2.4. LAS OBLIGACIONES DEL PATRÓN ANTE EL SEGURO SOCIAL:**

- Registrarse e inscribir a sus trabajadores en el instituto Mexicano del Seguro Social, comunicar altas y bajas, las modificaciones de su salario, dentro del plazo de 5 días.

---

<sup>14</sup> Ibidem.

- Llevar registros, tales como nóminas y listas de raya en las que se asiente invariablemente el número de días trabajados y los salarios percibidos por sus trabajadores. Es obligatorio conservar los registros durante los 5 años siguientes al de su fecha.
- Determinar las cuotas obrero patronales a su cargo y enterar el importe al IMSS.
- Proporcionar al Instituto los elementos necesarios para precisar la existencia, naturaleza y cuantía de las obligaciones a su cargo.
- Permitir las inspecciones y visitas domiciliarias que practique el Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### 2.2.5. RAMOS DE ASEGURAMIENTO

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Tenemos así que:

- a) **El seguro de Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- b) **El seguro de Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

- c) **El seguro de Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.
- d) **El de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.
- e) Finalmente, **el seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

## **2. 3. EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Su principal función es proporcionar protección, así fuese mínima, a los grupos más necesitados por motivos de edad o incapacidad siempre ha estado presente en la historia de este país.

### **2.3.1. ORIGEN DE EL ISSSTE**



En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

El ISSSTE, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.

La ampliación de la atención a la salud, marcó un acelerado proceso de construcción, adquisición y adaptación de centros hospitalarios, entre ellos el Hospital 20 de Noviembre y Hospitales privados. De esta manera, el Instituto tomaba las medidas necesarias para atender al casi medio millón de personas que estaban bajo su protección.

### **2.3.2. UNIDADES ADMINISTRATIVAS:**

- a) Contraloría General
- b) Subdirección General Médica
- c) Subdirección General de Prestaciones Económicas
- d) Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales

- e) Subdirección General Jurídica
- f) Subdirección General de Administración
- g) Subdirección General de Obras y Mantenimiento
- h) Subdirección General de Finanzas
- i) Subdirección General de Abastecimiento
- j) Coordinación General de Comunicación Social
- k) Coordinación General de Delegaciones
- l) Coordinación General de Atención al Derechohabiente
- m) Órganos Desconcentrados
- n) Fondo de la Vivienda ISSSTE
- o) Delegaciones
- p) Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
- q) Hospitales Regionales
- r) Sistema Integral de Tiendas y Farmacias
- s) Sistema de Agencias Turísticas TURISSSTE
- t) Escuela de Dietética y Nutrición

### **2.3.3. ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución.

La atención médica se encuentra organizada en tres niveles.

a) El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República.

b) El segundo nivel imparte medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas-hospitales.

c) El tercer nivel de atención médica lo forman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización.

#### **2.3.4. PRESTACIONES ECONÓMICAS**

En el ramo de las prestaciones económicas se siguen otorgando créditos a corto y mediano plazo y el pago de pensiones. Además se da asesoramiento en los trámites relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). El fondo de Operaciones y Financiamiento a la vivienda otorga anualmente cuarenta mil créditos hipotecarios a los trabajadores.

#### **2.3.5. PRESTACIONES SOCIALES**

La prestación de los servicios sociales y culturales incluye la atención a los hijos de los trabajadores, la recreación y la cultura (abarcando teatro, cine, club, exposiciones, conferencias y talleres que se llevan a cabo en todo el país) la práctica deportiva (básquetbol, fútbol, béisbol, karate, gimnasia) y los servicios funerarios. Las guarderías han sido sustituidas por las estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil que proporcionan educación integral a treinta mil niños en las 1154 unidades de servicio distribuidas en el territorio nacional.

#### **2.3.6. SERVICIOS EDUCATIVOS**

En el rubro de servicios educativos del ISSSTE apoya a sus trabajadores derechohabientes a través de sus programas de educación

abierta y de promoción de descuentos en colegiaturas. En educación abierta los niveles alcanzan hasta bachillerato en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Educación para los Adultos. Por otra parte el ISSSTE gestiona descuentos en colegiaturas en ocasiones hasta el 70% en todos los niveles de estudios y en los más diversos tipos de carrera.

### **2.3.7. ESTADO ACTUAL DE EL ISSSTE**

En la actualidad el ISSSTE otorga oportunidades en la salud, la vivienda, las pensiones, los préstamos, la protección al salario, la cultura, el deporte y la recreación.

Los servicios de protección al salario se otorgan a través del Sistema Integral de Tiendas y Farmacias. Este cuenta con 389 unidades comerciales distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional.

Para otorgar servicios sociales y culturales, el ISSSTE cuenta con 132 Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil con una capacidad instalada para 24 851 niñas y niños, opera 73 centros sociales y dos teatros, 61 bibliotecas públicas abiertas a toda la comunidad, un hotel, un balneario, un centro de convivencia para pensionados y jubilados, 38 agencias turísticas y 6 velatorios, 3 centros de incineración y un panteón para la atención de servicios funerarios.

En cuanto a prestaciones económicas, a través de sus 35 Delegaciones Estatales y Regionales, el Instituto otorga pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada, invalidez, viudez y orfandad, pensiones por riesgo de trabajo, indemnizaciones globales y gastos de funeral, además de otorgar prestamos a corto, mediano plazo y complementarios. Por conducto del FOVISSSTE, el Instituto otorga financiamiento a los trabajadores para la

adquisición, construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de su vivienda.

Hoy día los trabajadores del Instituto suman cerca de 95 000 en todo el país. El personal de salud de la institución comprende a 62 787 trabajadores- 16 044 médicos, 18 239 enfermeras, 4 718 paramédicos, 10 903 administrativos y 12 883 empleados en servicios generales.

El reto, la responsabilidad y el compromiso social para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, consiste en proporcionar a los servidores públicos y familiares asegurados más y mejores servicios de salud, prestaciones, viviendas, créditos y pensiones, que les permitan la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social, enfermedad o accidente.

En la Institución empleados y funcionarios tienen claro que el ISSSTE es garante del bienestar colectivo de los servidores públicos, los cuales son el sustento de la estructura y el funcionamiento del Estado Mexicano. Por eso, el Instituto es patrimonio de la Nación y los que trabajamos en él nos sentimos orgullosos de formar parte de su estructura.

## CAPÍTULO III

### SEGUROS SOCIALES Y SEGUROS PRIVADOS

#### 3.1. EL CONTRATO DE SEGURO

El seguro es un contrato por el cual una de las partes (el asegurador) se obliga, mediante una prima que le abona la otra parte (el asegurado), a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto, como puede ser un accidente o un incendio, entre otras.<sup>15</sup>

El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley.

El asegurador por lo general es una compañía de seguros organizada bajo la forma de sociedad anónima; pero también existen cooperativas y mutualidades de seguros e incluso un organismo oficial – La caja de Ahorro y Seguro – realiza operaciones de este tipo. Asimismo, en algunas provincias funcionan entidades aseguradoras oficiales.

El contrato de seguro es consensual, bilateral y aleatorio. Es consensual porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención; es bilateral puesto que origina derechos y obligaciones recíprocas entre asegurador y asegurado, y es aleatorio porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y

---

<sup>15</sup> Estados Unidos Mexicanos. Ley del Contrato de Seguro

en el caso contrario – como ocurre con la muerte – no se sabe cuándo ello ha de acontecer.

## **3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS SEGUROS**

De diversos modos pueden clasificarse los seguros. En primer lugar, según se hallen a cargo del Estado, en su función de tutela o de la actividad aseguradora privada, se dividen en seguros sociales y seguros privados.

### **3.2.1. SEGUROS SOCIALES**

Los seguros sociales tienen por objeto amparar a la clase trabajadora contra ciertos riesgos, como la muerte, los accidentes, la invalidez, las enfermedades, la desocupación o la maternidad. Son obligatorios sus primas están a cargo de los asegurados y empleadores, y en algunos casos el Estado contribuye también con su aporte para la financiación de las indemnizaciones. Otra de sus características es la falta de una póliza, con los derechos y obligaciones de las partes, dado que estos seguros son establecidos por leyes y reglamentados por decretos, en donde se precisan esos derechos y obligaciones.

El asegurado instituye al beneficiario del seguro, y si faltase esa designación serán beneficiarios sus herederos legales, como si fuera un bien ganancial, en el orden y en la proporción que establece el Código Civil. Por consiguiente, producido el fallecimiento del asegurado la Caja Nacional de Ahorro y Seguro abona el importe del seguro a los beneficiarios instituidos por aquél o a sus herederos.

El sistema de previsión de las cajas de jubilaciones no es técnicamente un seguro, aunque por sus finalidades resulta análogo. Permite gozar de una renta a los jubilados y cubre los riesgos del desamparo en que puede quedar el cónyuge y los hijos menores de una persona con derecho a jubilación, ordinaria o extraordinaria, a la fecha de su fallecimiento.

### **3.2.2. SEGUROS PRIVADOS**

Estos seguros son los que el asegurado contrata voluntariamente para cubrirse de ciertos riesgos, mediante el pago de una prima que se halla a su cargo exclusivo. Además de estas características podemos señalar:

Los seguros privados se concretan con la emisión de una póliza – el instrumento del contrato de seguro – en la que constan los derechos y obligaciones del asegurado y asegurador.

En nuestro país los seguros privados son explotados, en su mayoría por compañías privadas, mutualidades y cooperativas. Pero también el Estado, por intermedio de la Caja Nacional de Ahorro y seguro, hace seguros de distintos tipos. Y en algunas provincias existen aseguradoras oficiales.

De acuerdo con su objeto los seguros privados pueden clasificarse en seguros sobre las personas y seguros sobre las cosas.

**I.- Seguros sobre las personas:** El seguro sobre las personas comprende los seguros sobre la vida, los seguros contra accidentes y los seguros contra enfermedades. En realidad, constituyen un solo grupo



denominado seguro de vida, pues los seguros contra accidentes y enfermedades no son sino una variante de los seguros de vida.

### 3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS SEGUROS DE VIDA, CONFORME AL RIESGO QUE CUBREN

- a) **Seguros en caso de muerte:** En los seguros de este tipo, al fallecimiento del asegurado, el asegurador abona al beneficiario instituido por aquél el importe del seguro.
- b) **Seguros en caso de vida:** En estos seguros la entidad aseguradora abona al asegurado el importe del seguro, siempre que viva al vencimiento de un determinado periodo de tiempo. También puede convenirse el pago de una renta periódica mientras viva el asegurado, a partir de una fecha establecida de antemano.
- c) **Seguros mixtos:** Constituyen una combinación de los seguros de muerte y de vida. Por lo tanto, el importe del seguro se paga a los beneficiarios si el asegurado muere antes de vencer el contrato, y se le entrega a él si sobrevive a esa fecha.

### 3.3.1. SEGÚN QUE CUBRAN A UNA O MÁS CABEZAS

a) **Seguros sobre una cabeza:** Se paga el seguro cuando fallece la persona asegurada.

b) **Sobre dos o más cabezas:** Mediante este contrato se asegura la vida de dos o más personas y el seguro se paga cuando muere una de ellas a favor de la otra u otras.

### 3.3.2. NÚMERO DE PERSONAS AMPARADAS POR LA PÓLIZA

a) **Seguros individuales:** Son los contratos por medio de los cuales se asegura una persona con un seguro de muerte, de vida o mixto.

b) **Seguros colectivos:** En estos contratos se asegura la vida de numerosas personas. El seguro se paga a la muerte de estas, a los beneficiarios instituidos.

### 3.3.3. CLÁUSULAS ADICIONALES

a) **Seguros con cláusulas adicionales:** De acuerdo con estas cláusulas la póliza puede prever otros beneficios.

b) **Seguros sin cláusulas adicionales:** Son aquellos cuyas pólizas solo prevé el seguro de muerte, vida o mixto.

### 3.4. DISPOSICIONES LEGALES

El régimen Legal: incorporada a la Ley del Contrato de Seguro en reemplazo de sus anteriores disposiciones, regula en la actualidad el contrato del seguro. Lo hace con criterio publicístico, estableciendo gran cantidad de disposiciones que no pueden ser modificadas por las partes (o que solo pueden ser modificadas en beneficio del tomador) y reglamentaria, contemplando en detalle todos los aspectos del contrato.

Las disposiciones legales de mayor significación que rigen en la actualidad en materia de seguros son las siguientes:

#### a) Reticencia:

Toda falsa declaración conocida por el asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el seguro.

#### b) Póliza:

Es el instrumento del contrato de seguro y debe contener los siguientes datos:

- Los nombres y domicilios de las partes.
- El interés o la persona asegurada.
- Los riesgos asumidos.
- El momento desde el cual estos se asumen y el plazo.
- La prima.
- La suma asegurada.

- Las condiciones generales del contrato.

De acuerdo con esta enumeración las pólizas constan de dos partes. En la primera se insertan las cláusulas particulares del contrato. En la segunda figuran las condiciones generales del seguro del que se trate. Estas condiciones son uniformes para todos los contratos, se incluyen al dorso de la póliza y deben ser aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la nación.

**c) Prima:**

Es el precio del seguro y debe pagarse en el domicilio del asegurador o en el lugar convenido entre las partes. Se adeuda desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra la entrega de la póliza.

**d) Agravación del riesgo:**

Toda agravación del riesgo asumido que a juicios de peritos hubiera impedido el seguro o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del contrato de seguro. El asegurado tiene que denunciar al asegurador la agravación del riesgo. Si esta se debe a un hecho del asegurado, la cobertura queda suspendida y el asegurador tiene que notificar, en el término de 7 días, su decisión de rescindir. Si la agravación resulta de un hecho ajeno al asegurado, la decisión de rescindir debe notificarse dentro de los 30 días.

**e) Vencimiento de la obligación del asegurador:**

En los seguros de daños patrimoniales, el crédito a favor del asegurado debe pagarse dentro de los 15 días, una vez fijado el importe

de la indemnización o aceptada, por parte del asegurado, la indemnización ofrecida. En los seguros de personas el pago se hace dentro de los 15 días de notificado el siniestro. Cuando el asegurador haya estimado el daño reconocido el derecho del asegurado, se puede reclamar un pago a cuenta si el procedimiento para establecer la prestación no se haya terminado un mes después de la notificación del siniestro. El pago a cuenta no puede ser inferior a la mitad de la prestación reconocida por el asegurado.

**a) Seguro sobre la vida:**

Este seguro puede celebrarse sobre la vida del contratante o de un tercero. Los cambios de profesión o actividad del asegurado autorizan la rescisión del contrato. El suicidio voluntario libera al asegurador, a no ser que el contrato haya estado en vigor interrumpido durante tres años. En el seguro sobre la vida de un tercero el asegurador se libera si la muerte ha sido intencionalmente provocada por un acto ilícito del contratante. El asegurador queda liberado si la persona cuya vida se asegura muere en una empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

**b) Reaseguro:**

El asegurador puede asegurar los riesgos asumidos, es decir, la ley faculta al asegurador a reasegurar los seguros que ha tomado.

### **3.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS SOCIEDADES DE SEGUROS**

Las sociedades de seguros son entidades esencialmente financieras, que reciben los ahorros del público para administrar las reservas preestablecidas por los cálculos actuariales.

- Esas reservas deben ser invertidas con excepcional prudencia y seguridad.
- Es deber del estado examinar la posibilidad de realización de los cálculos y planes de seguro, la colocación de las reservas, los resultados periódicos de esas administraciones y la correcta publicidad de todos aquellos datos que demuestren el desenvolvimiento y el estado de dichas sociedades para que su prestigio resulte indudable y estimule la contratación de nuevos seguros.
- Las sociedades de seguros exigen al Estado una fiscalización especializada.
- En cuanto a sus objetivos, se le han asignado a la superintendencia los siguientes fines y atribuciones: Controlar y fiscalizar la organización, funcionamiento, solvencia y liquidación de las sociedades de seguros, en todo lo relacionado su régimen económico, y especialmente sobre los planes de seguro, tarifas, modelos de contrato, balances, funciones y conducta de los agentes o intermediarios y publicidad en general.

### **3.6. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS**

**I.- El Asegurador:** Únicamente pueden actuar como aseguradores las sociedades anónimas, las cooperativas y las sociedades de seguros mutuos. También puede asegurar el Estado.

Las aseguradoras deben ser autorizadas para funcionar por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Esta institución las fiscaliza, establece las condiciones de las pólizas y monto de las primas, determina las inversiones y reservas que deben efectuar y controla su administración y situación económica y financiera.

**II.- El Asegurado:** La ley distingue las personas del tomador del seguro, del asegurado y del beneficiario.

- 1) El tomador del seguro es la persona que celebra el contrato.
- 2) El asegurado es el titular del interés asegurable.
- 3) El beneficiario es el que percibirá la indemnización.

1) El tomador se diferencia del asegurado cuando estipula el seguro por cuenta de un tercero o por cuenta "de quien corresponda".

2) y 3) Por su parte, el asegurado y beneficiario generalmente coinciden. Se separan por ejemplo en los seguros de vida, cuando se asegura la propia vida en beneficio de otra persona.

**III.- La póliza:** Es el instrumento escrito en el cual constan las condiciones del contrato. Aunque no es indispensable para que exista el contrato, la práctica aseguradora la ha impuesto sin excepciones.

Puede emitirse a la orden o al portador, salvo en los seguros de personas, en que debe ser nominativa.

El texto es, en general, uniforme para los distintos tipos de seguros. Las cláusulas adicionales y especiales y las modificaciones al contenido de la póliza se denominan endosos y se redactan en hoja separada, que se adhiere a aquella.

**IV.- Plazo:** Si el plazo del contrato no está determinado en el contrato, se presume que es de un año, salvo que por la naturaleza del riesgo la prima se calcule por un tiempo distinto.

Las obligaciones del asegurador comienzan a las doce horas del día establecido y terminan a las doce horas del último día de plazo.

A pesar del plazo pactado, cualquiera de las partes puede rescindir el contrato antes de su vencimiento, con reintegro al tomador de la prima proporcional por el plazo no corrido.

### **3.7. OBLIGACIONES EMANADAS DEL CONTRATO**

**A) Pagar la prima:** El tomador del seguro debe pagar la prima establecida más los impuestos, tasas, sellados y demás recargos que establecen o autorizan las reglamentaciones de la actividad aseguradora.

El total de lo que debe pagar el tomador constituye el premio del seguro.



Si la prima no es pagada en término, el asegurador no es responsable por el siniestro ocurrido antes de su pago.

La prima puede variar en el curso del contrato, aumentando o disminuyendo cuando aumente o disminuya el riesgo contemplado.

**B) Denunciar el estado de riesgo:** El tomador debe describir con precisión el riesgo contemplado, con relación a la cosa o persona sobre la cual recae el interés asegurable.

Se llama reticencia a las declaraciones falsas o silenciamiento de circunstancias conocidas, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato, o modificado sus condiciones. La reticencia da derecho al asegurador a anular el contrato.

**C) Denunciar la agravación del riesgo:** El tomador debe denunciar todos los hechos, propios o ajenos, que puedan agravar el riesgo contemplado, aumentando la posibilidad de siniestro.

**D) Denunciar el siniestro:** El tomador debe denunciar el siniestro dentro de los tres días de ocurrido.

Debe denunciar y probar los daños que ha sufrido y permitir que el asegurador verifique la concurrencia del hecho y los perjuicios ocasionados.

**E) Salvamento:** El tomador debe hacer todo lo necesario para evitar o disminuir los daños.

### 3.8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

**A) Rembolsar gastos:** Debe reintegrar los gastos realizados en cumplimiento de la obligación de salvamento, siempre que no hayan sido manifiestamente desacertados o innecesarios.

**B) Pagar la indemnización:** Se determina de acuerdo con el tipo de seguro contratado, el daño efectivamente sufrido y el monto asegurado.

En los seguros de daños, la indemnización nunca puede superar el daño efectivamente sufrido, aunque el monto asegurado sea mayor. El seguro es para reparar un perjuicio, no para obtener fin de lucro.

En los seguros de personas, la prestación se limita a la suma convenida.

El pago de la indemnización debe hacerse dentro de los quince días de fijado su monto (en los seguros de daños) o de ocurrido el siniestro (en los seguros de personas).

### 3.9. LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

#### 3.9.1 PRIMAS

Es el precio del seguro que paga el asegurado al asegurador como contraprestación del riesgo que asume éste y del compromiso que es su consecuencia.

Existen distintos tipos de primas:

- a) Prima natural
- b) Prima pura
- c) Prima comercial
- d) Prima nivelada
- e) Prima única
- f) Prima periódica

**a) Prima natural:** En los seguros de vida es la prima que depende del cómputo matemático del riesgo. Por esta razón, a mayor riesgo, mayor será la prima natural, y viceversa.

**b) Prima pura:** Es la prima de riesgo de los otros ramos de seguros.

**c) Prima comercial:** esta es la prima que paga efectivamente el asegurado y se compone de dos partes: la prima natural o pura por un lado y los gastos de explotación y la ganancia del asegurador por el otro. De esos gastos los más importantes son:

- Comisión a favor de los productores que colocan los seguros.
- Comisión de cobranza que se paga a los colaboradores por la percepción de las primas.
- Gastos de administración y propaganda.
- Recargo por fraccionamiento de la prima. La prima puede fraccionarse mediante cuotas periódicas, y ello da origen a un recargo, como suele ocurrir con las ventas a plazo.
- Margen de seguridad. Se trata de un recargo para prever cualquier aumento de gastos y en particular la posibilidad de un riesgo mayor.

**d)** Prima nivelada: La aplicación simple de la prima natural para el cálculo de la prima comercial haría prohibitivo el seguro de vida, a partir de una determinada edad. En este caso la prima comercial aumentaría de continuo y llegaría un momento en que el asegurado desistiría del contrato dado el alto precio que debería abonar por su seguro. Por ello ha sido necesario nivelar las primas a fin de que la prima comercial sea la misma, en los seguros de vida, durante toda la vigencia del contrato.

**e)** Prima única: es lo que debe abonar el asegurado cuando ello se hace en una sola oportunidad.

**f)** Primas periódicas: la prima única se abona con pagos parciales, con lo cual se ofrece al asegurado una posibilidad que puede decidir la concentración de estas operaciones.

### **3.9.2. EL RIESGO**

Constituye uno de los factores principales dentro de la actividad aseguradora. Es el objeto del seguro como medida de prevención de un acontecimiento incierto, que de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida. En el seguro de riesgo es siempre incierto. Aun la muerte de una persona, que fatalmente ha de ocurrir más tarde o más temprano, es un acontecimiento incierto susceptible de asegurarse, porque no se sabe cuando ha de suceder.

Tratándose de un acontecimiento incierto es indudable que no puede depender de la voluntad de asegurado dado que entonces no habría posibilidad de seguro. Los riesgos sobre las cosas también presentan una cierta regularidad que los hace materia de aseguramiento. La

práctica aseguradora ha consagrado normas para medir dichos riesgos y calcular las normas que debe percibir el asegurador.

El riesgo determina la prima a cobrar, y en consecuencia, para los riesgos agravados con relación a los riesgos normales, la prima será más elevada. En la póliza de seguro el riesgo asumido por el asegurador debe definirse con mucha claridad, pues se trata de un elemento de capital importancia en este contrato.

Además, es necesario que la cosa objeto del seguro se encuentre debidamente caracterizada a fin de que el asegurador conozca hasta donde se extiende el riesgo que corre.

### **3.10. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS**

La mayoría de las entidades aseguradoras son sociedades anónimas en las cuales el órgano soberano es la Asamblea de Accionistas y su órgano directivo el Consejo de Administración o Directorio designado por los accionistas reunidos en asamblea.

Del directorio depende directamente la Gerencia General, que, como toda empresa, es el órgano ejecutivo encargado de conducir a la compañía con arreglo a las resoluciones adoptadas por aquel.

#### **3.10.1. ACEPTACIÓN DE LOS SEGUROS Y EMISIÓN DE LAS PÓLIZAS**

La emisión de las pólizas se realiza mediante los siguientes pasos:

1. Solicitud del seguro.

2. Verificación de todos los datos que constan en la solicitud.
3. Aceptación del seguro.
4. Emisión de la póliza.

La solicitud del seguro es el comprobante mediante el cual el asegurable solicita a la compañía un determinado seguro. Por ello en él figuran los datos necesarios para que el asegurador conozca con exactitud el riesgo que ha de correr al contratar el seguro.

Los principales datos son:

- o Fecha.
- o Datos de identificación del asegurable.
- o Objeto y riesgo del seguro.
- o Descripción de la cosa que ha de asegurarse.
- o Importe del seguro.

La declaración de salud disminuye los gastos de emisión de la póliza, porque es menos oneroso verificar esa declaración que hacer la revisión médica integral, y simplifica notablemente la gestión ante el asegurable para inducirlo a que tome un seguro de vida. Aceptada la solicitud, se emite la póliza conforme a los datos de aquella y se entrega al interesado.

### **3.10.2. REASEGUROS ACTIVOS Y PASIVOS**

El reaseguro es un contrato mediante el cual un asegurador que ha tomado directamente un seguro traspasa parte de él a otro asegurador, que, por consiguiente, toma la responsabilidad de pagar la proporción que le corresponda en el caso de que ocurran los riesgos previstos en el seguro contratado.

Los riesgos que técnicamente puede asumir una compañía de seguros tienen un límite, pasado el cual se impone la necesidad de realizar reaseguros para ceder a otras compañías ese exceso de riesgos.

La regla fundamental para establecer el límite de riesgos que pueden asumir se halla en la uniformidad de los capitales asegurados por cada compañía.

Para evitar el desequilibrio que puede producir la falta de uniformidad de los capitales, las compañías reaseguran la parte de los seguros que excede el límite normal de los capitales asegurados.

El límite de los riesgos que puede correr una compañía de seguros se denomina pleno. La compañía que cede el excedente de su pleno se llama cedente y hace un reaseguro pasivo. La compañía que toma el reaseguro se denomina cesionaria y hace un reaseguro activo.

A su vez, un reaseguro activo puede ser materia de un nuevo reaseguro en otra compañía. Este reaseguro se denomina retrocesión. Por lo común las compañías cedentes pagan a las cesionarias la misma prima que cobran a los asegurados y perciben de ellas una comisión más alta que la que deben abonar a sus agentes o corredores.

En nuestro país el reaseguro es regulado por el I.N.D.E.R. (Instituto Nacional de Reaseguro), que monopoliza los reaseguros de las compañías nacionales y el 30% aprox. de las compañías extranjeras. A su vez el I.N.D.E.R. puede retroceder sus reaseguros a compañías nacionales o extranjeras que operan en nuestro país o a aseguradoras del extranjero.

### **3.10.3 ANULACIONES**

Las pólizas emitidas se anulan cuando se rescinde el contrato de seguro. Ello ocurre por lo común en los siguientes casos:

- a) Falta de pago de la prima.
- b) Cambio de dueño de la cosa asegurada.
- c) Reticencia.
- d) Fraude del asegurado.

Con la anulación de la póliza la entidad aseguradora solo tiene derecho a percibir la prima correspondiente al riesgo que ha corrido.

### **3.10.4. LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

La liquidación de siniestros comienza con la comunicación que el asegurado o el beneficiario del seguro deben formular a la entidad aseguradora, para que esta abone el capital asegurado. Para la liquidación de los siniestros resultan necesarias tres etapas:

1. La comprobación del siniestro.
2. Su valoración.
3. La liquidación, para proceder a su pago.

A fin de comprobar debidamente el siniestro, el asegurador exige una serie de pruebas tendientes a ese objeto y realiza todas las gestiones que considera convenientes para cerciorarse del suceso que se halla cubierto por el seguro.

La valuación de los daños sufridos por el asegurado en los seguros sobre las cosas es de suma importancia, porque el monto de la



indemnización no solo depende del capital asegurado, sino también del valor de las cosas en el día del siniestro. La valuación de los bienes asegurados requiere la intervención de expertos o peritos liquidadores.

### **3.10. 5. RESERVAS**

Las reservas de las compañías de seguros son de dos clases. Las del primer grupo se constituyen con utilidades líquidas y realizadas, como ocurre en todas las empresas, por ejemplo, Reserva Legal, Reserva Facultativa, Reserva General de Previsión, etc.

El otro grupo está integrado por las reservas técnicas propia de la explotación de seguro.

Las reservas del primer grupo tienen por objeto aumentar los medios de acción de la empresa, prevenir quebrantos futuros o hacer distribuciones posteriores entre los socios o accionistas. En cambio, las reservas técnicas no responden a estas finalidades y representan un pasivo o compromiso a cargo de la compañía aseguradora, lo que pone bien de manifiesto la diferencia esencial que existe entre ambos tipos de reservas.

Reserva para riesgo en curso: Una determinada porción de las primas percibidas en cada ejercicio en los seguros eventuales se transfiere a esta reserva. Para cada uno de los ramos de seguro que se explote se utiliza una reserva de esta naturaleza, tanto para los seguros directos como para los reaseguros tomados.

El asegurado, al contratar un seguro, adquiere la obligación de pagar anticipadamente la prima respectiva. Lo haga de inmediato o en cuotas, lo cierto es que la compañía dispone de una masa de valores

activos con la cual debe afrontar los siniestros correspondientes a las pólizas emitidas.

Los siniestros que ocurran en el año de la emisión de la póliza se abonan con esa masa de valores. Pero es posible que halla siniestros en el ejercicio posterior. Por lo tanto, para hacer frente a su pago es necesario reservar, de las primas de cada año, una determinada proporción, que se acredita a la Reserva de Riesgos en Curso de cada uno de los seguros eventuales.

Sobre la constitución de las reservas de este tipo rigen las normas siguientes:

- En general, para los seguros de riesgos eventuales debe reservarse el 80% de las primas, netas de anulaciones y reaseguros, que sean representativas del riesgo no corrido al término del ejercicio.
- En los seguros marítimos que se halla contratado por viaje la reserva se constituye por el total de las primas, netas de reaseguros y anulaciones, correspondientes a los dos últimos meses de cada ejercicio.
- En los seguros de fidelidad y garantía hay que reservar el 40% de las primas netas de cada ejercicio y un adicional del 15% sobre el promedio de las primas netas de los últimos tres ejercicios.

**I) Reserva Matemática:** Se constituye para los seguros de vida. Teóricamente las primas de estos seguros, dada su naturaleza, deberían elevarse de continuo, por la mayor probabilidad de muerte del asegurado a medida que transcurre el tiempo. Pero si así se hiciera los seguros de vida serían prohibitivos a partir de cierta edad. Para evitar este inconveniente las compañías de seguro perciben primas niveladas o medias. Quiere decir que un asegurado en sus comienzos abonará primas en exceso con relación a lo que corresponda según su probabilidad de muerte, y pagará

primas más reducidas a partir de una edad determinada. La cantidad abonada en exceso durante estos primeros años, constituye la prima de ahorro. Con ésta y la parte que se toma de la prima de riesgo, así como con los intereses acumulados, se forma la reserva matemática del seguro.

**II) Reserva para Siniestros Pendientes:** A esta reserva se le acredita el importe de los siniestros denunciados que permanecen en trámite de liquidación y que por esa causa aún no han sido abonados, ya se trate de seguros directos o de reaseguros.

**III) Fondo de Acumulación Asegurados Vida:** Se acreditan a este fondo las partidas a distribuir entre los asegurados de la Sección Vida como beneficio complementario, según las condiciones estipuladas en las pólizas. Esas partidas pueden ser utilidades de dicha Sección o ingresos de éstos que se afectan a esa finalidad.

## CAPÍTULO IV

### FINES DE LA ORGANIZACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA DEL ESTADO

#### 4.1. SERVICIOS PÚBLICOS Y ROL SOCIAL DEL ESTADO.

Existen al menos dos conceptos acerca de lo que se entiende por servicio público: uno orgánico y otro funcional.

a) **El concepto orgánico** atiende para definir el servicio público, a los órganos que integran la Administración del Estado y la actividad que ellos realizan, cualquiera que ella sea. Esto es, en tanto se trate de un órgano inserto en la organización de la administración estatal, se entenderá que constituye un servicio público.

b) **El concepto funcional**, en cambio, atiende para definir el servicio público, a que la actividad sea pública, sea que se cumpla por un órgano de la administración del Estado, o la autoridad simplemente tome la iniciativa en orden a realizar la actividad, aún cuando ella sea cumplida por un particular, reservándose sólo el control de su ejercicio.

En este caso, será servicio público una actividad que persigue un fin de interés general, ya sea realizado por un órgano del Estado o por un particular. De esta forma se explican los casos en que el Estado crea o participa en empresas, pero sin un fin de lucro, sino más bien, con el objetivo de brindar prestaciones al público, por ejemplo: transportes en general.

#### 4.1.2. FINALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO.

El fin del servicio público es satisfacer las necesidades públicas. Por lo tanto, resulta necesario definir el alcance de las necesidades públicas.

En primer lugar, debe señalarse que no son lo mismo que necesidades colectivas, estas últimas simplemente constituyen la suma de necesidades individuales.

La distinción puede apreciarse, en que algunas necesidades colectivas son atendidas por los particulares: alimentación, servicios médicos, etc. Pero existen necesidades colectivas de interés general que sólo cumple la Administración con exclusión de los particulares, por ejemplo, defensa de la nación, justicia, etc. Finalmente, hay necesidades a cuya satisfacción concurren tanto los servicios de la Administración como los particulares, por ejemplo, el transporte público.

Cuando las necesidades colectivas son generales y su satisfacción es asumida por el Estado adoptando alguna de las formas que más adelante se indicará, se convierten en necesidades públicas.

La existencia de una necesidad, elevada al carácter de pública, y atendida como función obligatoria para el Estado, constituye sin duda, el elemento fundamental del servicio público. Por ejemplo, la preservación de la salud de la población constituye una necesidad pública.

De allí que se ha creado un sistema de salud pública, independientemente del rol que en este campo puede haber a los particulares.

#### **4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO PÚBLICO.**

La continuidad es la esencia del servicio, y quiere decir que la actividad del mismo no puede interrumpirse o paralizarse, porque su función es pública y ha sido establecida en beneficio de toda la comunidad. Por esta característica se explican ciertas medidas, como por ejemplo, la prohibición del derecho de huelga en la Administración, o la prohibición de constituir sindicatos por sus empleados, ya que cualquier paralización de un servicio público incide en la ausencia de prestaciones relevantes para la comunidad.

La regularidad, dice relación con la sumisión del servicio público a reglas, leyes o reglamentos, que establecen la forma en que se desarrolla la actividad del órgano público. Por lo tanto, los funcionarios que se desempeñan en un servicio público deben observar con exactitud dichas leyes y reglamentos, ya que ellos se traducen en una garantía para la comunidad en el sentido que la satisfacción de necesidades que realiza el Estado se somete a preceptos preestablecidos tratando de esta manera de impedir las arbitrariedades.

La uniformidad significa que, habiendo sido establecido un servicio público en beneficio o interés de toda la comunidad, sus prestaciones deben ser iguales para todos aquellos habitantes que se encuentran en idénticas condiciones para solicitar sus beneficios. El servicio de

locomoción colectiva, por ejemplo, es uniforme, porque todos tienen derecho a usarlo en iguales condiciones y pagando una misma tarifa.

La obligatoriedad se traduce en que la prestación para la cual fue creado un servicio público debe necesariamente cumplirse, sin que pueda la autoridad beneficiar con ella a algunos y negarla para otros.

La permanencia significa que el servicio público se mantendrá en la medida que subsistan las necesidades públicas para las cuales fue creado. Si la necesidad desaparece o deja de ser pública, el servicio debe suprimirse porque no existirá el fundamento racional y social de su existencia.

#### **4.1.4. LOS ELEMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO.**

**a) Función pública:** una función considerada obligatoria para el Estado en un determinado momento: esta función está constituida por la satisfacción de una necesidad pública.

**b) Funcionarios:** un cierto número de agentes jerarquizados que cumplen la función: se refiere a ciertos individuos que realizan la función pública, y que se encuentran dentro de una organización piramidal de funcionarios vinculados por jerarquía, entre quienes adoptan las decisiones y quienes las ejecutan concretamente. Estos agentes pueden ser gobernantes, autoridades y simples funcionarios o empleados públicos. Los gobernantes son los que ejercen el poder público en nombre de la ciudadanía, como el Presidente de la República y diputados y senadores. Las autoridades son agentes que sin ejercer el poder público participan de él con facultades exclusivas, resolutivas y cuentan con poder de mando,

ya que se encuentran en los tramos más altos de la pirámide de funcionarios, como por ejemplo, los ministros de Estado, Intendentes, Gobernadores y jefes de servicio en general. Los funcionarios o empleados son las personas que integran los servicios públicos y a cuyo cargo se encuentra.

**c) Recursos:** una cierta cantidad de recursos afectos al cumplimiento de la función: son los bienes materiales afectos al cumplimiento de la función pública por parte de un servicio.

**d) Régimen jurídico especial:** se trata de un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias mediante las cuales se definen la satisfacción de una necesidad pública, el órgano encargado de ello y la forma o procedimiento conforme al cual realizará su función.

#### 4.1.5. CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

Para clasificar los servicios públicos debe distinguirse entre el concepto funcional y el orgánico.

**a) Funcional:** En el servicio público en su concepto funcional, es desarrollado tanto por órganos públicos como por particulares. Esto es, hay necesidades públicas que el Estado asume, pero adoptando dos formas distintas: directa o indirecta.

**b) Directa:** la actividad de servicio público es realizada por el Estado a través de un órgano público que él crea, por ejemplo, Empresa de Correos de Chile o Servicio de Salud.



Indirecta: el Estado entrega el desarrollo de la actividad a un particular, sujetándolo al cumplimiento de ciertas condiciones que él mismo impone, en general mediante el mecanismo de las concesiones, por ejemplo: concesión de servicios de obras sanitarias, concesión de servicios de telecomunicaciones.

**c) Orgánico:** De acuerdo al criterio orgánico sólo son servicios públicos aquellos órganos creados por el Estado para satisfacer una necesidad pública y, por lo tanto, son todos aquellos que integran la denominada Administración Pública. Desde este punto de vista, los servicios públicos pueden ser de administración activa, fiscalizadora, jurisdiccional.

#### **4.2. SERVICIOS PÚBLICOS DE ADMINISTRACIÓN ACTIVA, FISCALIZADORA Y JURISDICCIONAL.**

**a) Servicios públicos de administración activa:** aquellos que han sido creados para proporcionar un determinado servicio a la comunidad. Por ejemplo, Servicios de Salud Pública, Empresa de Ferrocarriles del Estado.

**b) Servicios públicos de administración fiscalizadora:** aquellos que han sido creados para controlar el ejercicio de la actividad de la Administración Pública: Contraloría General de la República.

**c) Servicios públicos de administración jurisdiccional:** aquellos órganos que tienen competencia especial para conocer de conflictos producidos entre los órganos de la Administración del Estado y particulares en determinadas materias. Por ejemplo: aduaneras, de avalúos.

##### **4.2.1. SERVICIOS PÚBLICOS CENTRALIZADOS O DESCENTRALIZADOS.**

La distinción obedece a tres elementos: personalidad jurídica, recursos y control a que están sometidos.

**a) Servicios públicos centralizados:** son aquellos que actúan con la personalidad jurídica del Estado, actúan con los recursos del Fisco y están sometidos a la dependencia del Presidente de la República a través de un determinado Ministerio (control jerárquico: esto es, obedecen las órdenes e instrucciones que emanan del poder central). Por ejemplo: Servicio Nacional de Pesca, es dependiente del Presidente de la República a través del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción. Al estar sometidos a la personalidad jurídica del Estado no pueden contratar por sí mismos, salvo que el Presidente de la República delegue al jefe de servicio respectivo la representación del Fisco para celebrar contratos que digan relación con los fines propios del servicio.

**b) Servicios públicos descentralizados:** son aquellos que actúan con personalidad jurídica y patrimonio propio que la ley que los crea les ha otorgado y están sometidos a la supervigilancia del Presidente de la República a través de la Secretaría respectiva (supervigilancia: tienen en sus manos la gestión de sus asuntos pero están sometidos a determinados controles, por ejemplo, a través del nombramiento de quienes los dirigen, control de su presupuesto). Por ejemplo: las empresas públicas. Al contar con personalidad jurídica propia pueden contratar por sí mismos en los casos que sea necesario para el cumplimiento de sus fines. Estos son: Universidad Autónoma de México, Servicios de Salud, Banco de México, Gobiernos Estatales, Municipales.

**c) Servicios públicos desconcentrados:** son aquellos a los que se ha transferido competencias desde los órganos superiores disminuyendo la subordinación de éstos. Se aumentan los poderes de los representantes locales, efectuándose esta transferencia de atribuciones en virtud de una ley, ya sea para que ejerzan estas atribuciones en todo el territorio nacional o en una circunscripción administrativa determinada. No cuentan con patrimonio ni personalidad jurídica propia sino que actúan con la del órgano central.<sup>16</sup>

### 4.3. OBLIGACIONES DEL ESTADO.

La razón de estado ha llegado a hacer un concepto muy importante para el propio Estado y la sociedad y por ende, el sustento para la realización de una de las empresas que buscaban el enriquecimiento y la diversidad del espectáculo y la recreación de la sociedad.

La razón de estado permite un estudio en diferentes ángulos, su evolución está relacionada con el individuo, en cuanto se relaciona y se desarrolla en una sociedad, tiene la necesidad de integrarse en grupo, y ese grupo necesita la protección, aparece el Estado, un gobierno que dirija y mantenga la paz social de los individuos, pero conforme va evolucionando, la razón de estado, se va haciendo buena para unos y mala para la otra. Los gobiernos comienzan a tomar esencia propia, esto favorece.

*"El interés de quien manda, mientras que las leyes tienen como fin principalmente el bien de los particulares".<sup>17</sup>*

---

<sup>16</sup> [http://enlaces.ucv.cl/educacioncivica/contenup/up3\\_orga/4\\_servpu/priud3-4.htm](http://enlaces.ucv.cl/educacioncivica/contenup/up3_orga/4_servpu/priud3-4.htm)

<sup>17</sup> Settala Ludovico. La Razón de Estado. FCE-Madrid. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1989. México. P. 4.

Toda política dentro de un gobierno determinado tiene por objetivo " el bien público", pero la razón de Estado es una república mala, procurada por los que dirigen, formándolos de tipos tiranos, se seleccionan lo que van a continuar en el poder, pero esto varia de acuerdo a las maneras con que cada príncipe pueda mantenerse en el poder, piensa y actúa conforme la política de su mayor conveniencia.

#### **4.3.1. LA RAZÓN DEL ESTADO**

La razón de Estado es una norma legitimadora con que se gobierna un Estado, dependiendo de las variables sociales, económicas o naturales (individuos, riquezas de territorios con que se cuentan), también se puede decir, que la razón de justicia y beneficio de muchos y no de pocos (claro que aquí depende de que tipo de gobierno sea, de uno, varios o muchos). Esta relacionada con derecho de los individuos por naturaleza, de tener quien los gobierne para conservar y hacer más grandes sus dominios de una sociedad determinada.

Toda razón de Estado trata de conservar a la sociedad gobernada, independientemente de que sean buenas o malas, las demás interactúan conforme a la prudencia y virtud, muchos gobiernan el bien público (gobiernos rectos o buenos), pero cuando se gobierna y se tiene beneficio propio, el gobierno se corrompe. La razón de Estado es el porque del Estado, su origen, sus objetivos para la sociedad, sus fines del Estado para el cual fue creado.

El Estado por lo tanto, fue el resultado de la evolución de la sociedad, las necesidades de subordinar a la sociedad misma.

---

*Pero "la razón de Estado no es más que..., el conservar al gobernante su estado o dominio en la forma que el la ha escogido o en el cual se encuentra".<sup>18</sup>*

#### **4.3.2. FIN DEL ESTADO**

Al analizar la Constitución Mexicana podemos ver que el estado tiene que buscar la paz externa e interna de la Nación, así como su desarrollo y progreso. El Estado como organismo jurídico trata de organizar las leyes y aplicarlas para regular las relaciones entre los habitantes manteniendo una orden entre todas las entidades federativas.

Dentro del contexto jurídico laboral, el artículo 123 especifica que "toda persona tiene derecho al trabajo y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley"<sup>19</sup>, sin embargo, dentro de la fracción XXXI, la aplicación normativa establece la rama 3.-cinematográfica, y que tiene jurisprudencia en las respectivas jurisdicciones de los estados pero de competencia exclusiva de las autoridades federales.

Pero por otra parte, dentro del artículo 3º de nuestra Constitución Política Mexicana establece que la educación es impartida por el Estado (Federación, Estados y Municipios), y fomentará:

*"él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y la justicia...Será democrática... como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico,*

---

<sup>18</sup>Ibidem. p.58

<sup>19</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. UNAM. Comentada, México. 1985 p. 299.

*social y cultural del pueblo...Será nacional... al...acrecentamiento de nuestra cultura, y contribuirá a la mejor convivencia humana".<sup>20</sup>*

Por ende, el artículo respalda el derecho a la información garantizado por el Estado y el artículo 25° destaca al Estado como el eje que le corresponde garantizar la planeación, conducción y coordinación de las actividades económicas y el fomento de las actividades que demanda el interés social.

Sin embargo, normativamente hay pocos elementos que apoyen a las actividades de esparcimiento y recreación social por lo que características principales del Estado se sujetan a su origen. Nace en cuanto el ser social se relaciona y se desarrolla en una comunidad tiene la necesidad de integrarse en sociedad pero al necesitar protección, surge el Estado con un gobierno que dirija y mantenga la paz social entre los individuos mediante mecanismos propios de la Administración Pública, pero conforme va evolucionando, la razón de Estado comienza a tomar esencia propia y los sistemas políticos como particularidades de cada Estado, se inclinan a la rectitud de su administración y otros al degenerare del poder como gobernancia. Esto favorece:

*"el interés de quien manda, mientras que las leyes tienen como fin principalmente el bien de los particulares".<sup>21</sup>*

Por ejemplo, el Estado feudal se encuentra sustentado en principios apegados a la moral cristiana y a una organización política laica que; a diferencia de los feudos, reclama potestad soberanía y espacio para el

---

<sup>20</sup> Ibid. p. 5 y 6

<sup>21</sup> Ludovico Settala.. Ob. cit. P. 12.

ejercer el poder, lo que determina una la autonomía para decidir y dirigir e imponer el poder supremo sobre la sociedad y propiedades privadas.

Dentro de la ciencia política el Estado requiere de un método de organización dentro de su propia estructura y un control que busque explicaciones de causa y efecto en relación a la sociedad.

#### **4.3.3. CONCEPTO DE ESTADO**

A través del tiempo, diversos pensadores, analistas e historiadores definieron al Estado de diferentes maneras:

**PLATÓN.** El Estado es un conjunto de individuos que se unen entre sí para satisfacer sus necesidades. Es una comunidad de auxilio mutuo, en la que los hombres se complementan para la satisfacción de sus necesidades.

**ARISTÓTELES.** El Estado es un conjunto de comunidades que se unen instintivamente, es un producto natural.

**SOFISTAS.** El Estado es una asociación que nace del egoísmo y del temor que los hombres se tienen unos a otros.

**JUAN BODINO.** El Estado es un gobernante de una asociación de familias, que exige para estar bien gobernada, un solo soberano.

**THOMAS HOBBS.** Estado es una persona, un soberano, cuyos actos forman por una gran multitud pactos mutuos, realizados entre sí, dando fortaleza entre todos y asegurando la paz y la defensa común.

**TOMAS MORO.** El Estado es la expresión de los intereses de la clase dominante, en donde la propiedad es un derecho individual, todas las cosas se miden por el dinero y en donde no se puede nunca organizar la justicia y las prosperidades sociales.

**CARLOS MARX.** El Estado representa la proyección de la ideología dominante, es decir, la clase dominante ejerce su dominio a través del Estado. El Estado es el conjunto de instituciones que se relaciona socialmente en la vida pública.

**DURKHEIM.** El Estado es una institución social que tiene privilegio de la dominación política y esto provoca la armonía a través de todas sus instituciones.

El Estado es un "*cuerpo político de una Nación, porción de territorio de un país que se rige por leyes propias aunque sometidas en ciertos asuntos al gobierno federal*".<sup>22</sup>

De esta manera, el Estado, a través de diferentes conceptos ha llevado a la historia política extensas terminologías: Para San Agustín el Estado era un conjunto de hombres razonables en virtud común para crear cosas que deseaban. Bodino define al Estado como el conjunto de familias y posesiones comunes en los que estaban gobernados por el poder y la razón. Hobbes mencionaba que un hombre mediante pactos mutuos, serviría como el único que asegurara la paz y el orden total. "El poder soberano no puede ser enajenado", ya que el soberano no debe de efectuar manifiesto alguno, anticipando y menos con sus súbditos si lo hace tiene que ser ante la multitud.

"Nadie sin injusticia puede protestar contra la institución del soberano declarada por la mayoría", y además, complementar, con las cosas que no pueden hacerse al soberano según *Thomas Hobbes*. "Los actos del soberano no pueden ser con justicia por el súbdito..... Nada que haga un soberano puede ser castigado por el súbdito". *Hegel* decía que el Estado era la conciencia del pueblo.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Francisco Monterde. Diccionario de la Lengua Española. Ed. Porrúa. México. 1969. p.387

<sup>23</sup> Thomas Hobbes. El Leviatan. Del Estado. Ed. FCE-México. 1990. págs. 143-145



#### 4.3.4. COMPLEJIDAD DE EL ESTADO

El estudio del concepto de Estado constituye uno de los elementos más complejos de la ciencia política a largo de la historia y de su contenido como método analítico. La rama de las ciencias sociales que se dedican a su estudio se denomina Teoría General del Estado.

La teoría sociológica define al Estado como "una unidad colectiva representada por hombres asociados colectivamente con un fin común", además se puede incluir la teoría marxista que caracteriza al Estado porque nace y está determinado por la sociedad misma, por lo que se ve reflejada entre la lucha económica y lucha política de clases en la que la sociedad civil intercambia relaciones sociales en las fuerzas productivas.

#### **Pichardo Pagaza:**

"La tesis del estado parte de la afirmación de que no es una unidad o ente que pertenezca al mundo de la naturaleza, a la esfera de la causa; pertenece a la esfera de las normas o los valores. Por ello, si no es posible determinarlo científicamente, con la metodología causal y si se reconoce su relación con el orden jurídico, debe afirmarse la teoría de la identidad del derecho y el estado. Ambos constituyen un solo y único objeto de conocimiento La problemática estatal es problemática jurídica".<sup>24</sup>

Por lo que el Estado puede definirse en metodologías explicativas de derecho pero también puede ser estudiado por los elementos que lo componen dentro de la teoría kelseniana como territorio, población y gobierno como un ente autónomo que tiene formación jurídica y política

---

<sup>24</sup> Ignacio Pichardo Pagaza, Introducción a la Administración Pública de México 1 Bases y Estructura Ed. INAP.México. 1984. p. 26

de las sociedades con principios para el desarrollo y mejoramiento de la nación.

Al soberano o conocido también como "Pueblo", tiene una voluntad delegada en instituciones estatales dentro y fuera del territorio dado en un país o Nación por medio de la potestad, "*contribución conferida*".

El pueblo es dueño de la soberanía y el Estado le es de la potestad. En el Pueblo su poder es de origen natural de derecho y el de Estado funciona de delegado; en otras palabras, es una soberanía originaria y la otra es soberanía delegada. Es de origen, porque una comunidad o sociedad que requiere de un gobierno que dirija y les lleve por el camino correcto y al tener un gobernante o un príncipe, funciona solamente de delegado, es subordinado por el poder que se le confiere del pueblo como soberanía original. Es aquí cuando cualquier acto del Estado en sí que no provenga de la voluntad del soberano original, no lo obliga a obedecerlo y reconocerlo.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup>Aurora Arnaiz Amigo. Soberanía y Potestad. Ed. Pública México. 1992. p 36

## CAPÍTULO V

### LA CONCESIÓN ADMINISTRATIVA

#### 5.1. BASES CONSTITUCIONALES PARA LA CONCESIÓN

Las reformas del artículo 28, párrafo 9° y 10°, de nuestra Carta Magna, confirman la concesión de los servicios públicos, pues textualmente señalan lo siguiente:

“El Estado, sujetándose a las leyes, podrá en casos de interés general, concesionar la prestación de servicios públicos o la explotación, uso y aprovechamiento de bienes de dominio de la Federación, salvo las excepciones que las mismas prevengan. Las leyes fijarán las modalidades y condiciones que aseguren la eficacia de la prestación de los servicios y la utilización social de los bienes, y evitarán fenómenos de concentración que contraríen el interés público.

La sujeción a regímenes de servicio público se apegará a lo dispuesto por la Constitución y sólo podrá llevarse a cabo mediante ley”.

#### 5.2. LA CONCESIÓN.

El término de concesión puede significar varios contenidos:

- Es el acto administrativo discrecional por medio del cual la autoridad administrativa faculta a un particular:

1.- Para utilizar bienes del Estado, dentro de los límites y condiciones que señale la ley, y

2.- Para establecer y explotar un servicio público, también dentro de los límites y condiciones que señale la ley.

- El procedimiento a través del cual se otorga la concesión, o a través del que se regula la utilización de la misma, aun frente a los usuarios.
- Puede entenderse también por concesión, el documento formal, que contiene el acto administrativo en el que se otorga la concesión.<sup>26</sup>

### 5.2.1. NATURALEZA JURÍDICA DE LA CONCESIÓN

Hay cierta imprecisión para fijar su naturaleza jurídica; hay quienes afirman que se trata de contratos, y un sector importante de la doctrina estima que se trata de un acto mixto, que tiene una parte de contrato, una parte de acto administrativo y una parte de acto reglamentario; a esta opinión se adhieren los tratadistas mexicanos doctores Andrés Serra Rojas y Gabino Fraga.

Si se hace un examen metodológico de los regímenes de concesión en México, se concluirá que actualmente la mayoría de las concesiones se otorgan por medio de actos administrativos discrecionales, ya que los particulares no celebran ningún convenio o contrato con la Administración para ello, ni tampoco pueden pedirle el otorgamiento forzoso de las concesiones, aun cuando todavía en ciertas ramas.

De acuerdo con lo anterior, la concesión constituye un acto administrativo discrecional, del órgano de la Administración Pública, que aplica en un caso concreto las disposiciones que regulan la materia de concesión.

El régimen jurídico que regula la concesión y las relaciones entre la Administración y el concesionario, es de derecho público y está constituido por el conjunto de normas establecidas en las leyes, los

---

<sup>26</sup> Acosta Romero Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, Ed. Porrúa, México 1995, p. 48.

reglamentos, decretos, circulares y acuerdos que fijan precisamente, el régimen al que están sometidos la concesión, el concesionario y su actividad y los usuarios.

### 5.2.2. LOS ELEMENTOS SUBJETIVOS DE LA CONCESIÓN

- a) La autoridad concedente, que puede ser la Administración Pública Federal, Local o Municipal.
- b) El concesionario, que es la persona física, o jurídica, a quien se otorga y que es el titular de la concesión.
- c) Los usuarios, únicamente en el supuesto de la concesión de servicio público, ya que en la utilización de bienes del Estado habrá relaciones entre el concesionario y los particulares, pero no bajo el concepto de usuarios.

### 5.2.3. EL RÉGIMEN JURÍDICO POSITIVO. Principios que rigen la concesión.<sup>27</sup>

#### 5.2.3.1. LOS REFERENTES A CAPACIDAD JURÍDICA

La capacidad del concesionario se aprecia a través del estudio del régimen jurídico de cada Estado y que puede ser más o menos restringido.

Hay Estados que no señalan ningún límite de capacidad a los concesionarios o establecen un mínimo de requisitos: el concesionario puede ser nacional o extranjero, la concesión puede ser contrato, etc.

Limitaciones a las actividades sujetas a concesión

---

<sup>27</sup> Ibidem P. 49

En México se señala una serie de limitaciones a las actividades sujetas a concesión, por ejemplo, no pueden otorgarse concesiones sobre la explotación de hidrocarburos y petróleos, ni tampoco sobre generación, producción y distribución de energía eléctrica, sobre energía nuclear, actividades que en otros países sí pueden desarrollar los particulares.

### **A) Capacidad técnica del concesionario**

Puede apreciarse en dos aspectos: personal y material.

**a) Personal.** El concesionario debe reunir ciertos requisitos mínimos de capacitación técnica, ya sea en lo particular, o mediante el personal que contrate para desarrollar la actividad concedida, especialmente si se trata de servicios públicos.

**b) Material.** Los medios necesarios para prestar la concesión consiste en el conjunto de elementos materiales, especiales de equipo, necesarios para realizar esa actividad.

### **B) Capacidad financiera**

La capacidad financiera es también otro requisito que generalmente se exige al concesionario y consiste en que éste debe tener el capital necesario que le permita contratar al personal que va a prestar el servicio, el que va a dedicar a la prestación del servicio público, y adquirir el equipo, y los bienes que también se destinarán a ese efecto.

### **C) Plazo**

Generalmente las concesiones se otorgan por un plazo determinado, es decir, por un lapso más o menos largo, durante el cual, el concesionario disfruta de los derechos derivados de este acto.

No todas las concesiones se otorgan a plazos iguales, pues esta noción va paralela a las ideas políticas que sustenten los gobernantes de los diversos países. En países de ideas liberales, como se extienden en el campo de la economía, habrá concesiones por plazos sumamente largos, y aun concesiones en las que no se establezca duración; por el contrario, en países que intervienen en mayor grado en la actividad social y en todos los órdenes, se restringe el plazo.

Hay concesiones que no tienen plazo, por ejemplo, las concesiones bancarias, las concesiones para la educación si se considera que en ciertos casos se trata de concesión para prestar esa clase de servicio público.

#### **D) Derechos del concesionario**

Nacen y se generan en el acto de la concesión. Desde este punto de vista, la concesión es constitutiva y esa característica la distingue del régimen de permisos, licencias y autorizaciones, en el que el particular tiene derechos previos a que han sido sometidos a limitaciones o modalidades por razones de salubridad, seguridad y orden público y que sujetan al particular al cumplimiento de una serie de requisitos, que una vez satisfechos le permiten realizar esa actividad.

Una vez otorgada la concesión, ésta genera una serie de derechos y obligaciones al particular; en la de servicio público, el de establecerlo y explotarlo.

Los derechos derivados de la concesión, generalmente son personalísimos, y el concesionario debe, sino ejecutarlos todos por él mismo, ya que sería imposible, vigilar personalmente su ejercicio. Las concesiones amplían el ámbito patrimonial del concesionario y le permiten obtener una utilidad derivada de su actividad personal y un

rendimiento a sus inversiones, que es el incentivo que tienen para dedicarse a esa actividad.

Generalmente se prohíbe transferir, ceder, gravar o enajenar las concesiones; en caso de que se realicen esos actos en contra de esa prohibición, la transferencia no producirá efectos y la concesión se extinguirá o caducará. No obstante, hay concesiones en las que previo el cumplimiento de los requisitos señalados por las disposiciones legales, y con el consentimiento indispensable de la autoridad administrativa, podrán transferirse, disponerse o gravarse esos derechos; el concesionario no adquiere derechos reales derivados de la concesión, pues esos derechos son administrativos, limitados por leyes y el propio acto de la concesión, pero no llegan a tener las características que el Derecho Civil señala a los derechos derivados de la propiedad.

#### a) Tarifas

La tarifa constituye el precio que paga el usuario por la prestación del servicio público. Las tarifas son fijadas unilateralmente por el Estado, ya sea a través de leyes, de reglamentos, decretos o acuerdos; generalmente se escucha a los concesionarios en la fijación de las tarifas, sin que esto quiera decir que constituyen contratos; en la práctica, algunas se publican en el Diario Oficial de la Federación, y, en nuestra opinión, debe tener además publicidad por otros medios.

Las tarifas se calculan sobre bases técnicas, que permitan al concesionario no sólo obtener utilidades, sino realizar nuevas inversiones en equipo moderno y adecuado para prestar el servicio. La doctrina considera que cuando el Estado agrava las condiciones de prestación del servicio debe:

I.- Indemnizar al concesionario;



II.- Otorgarle subsidios fiscales, y

III.- Permitir la elevación de las tarifas.

Excepcionalmente el Estado permite que las partes las ajusten al costo del servicio, mediante los contratos que celebren entre concesionarios y usuarios.

b) Relaciones entre concesionarios y usuarios

El régimen de las concesiones está constituido por un conjunto de disposiciones de Derecho Público, que fijan con detalle la forma y término en el que se deben prestar los servicios públicos, o usar los bienes del Estado; según la doctrina, hay varias posibilidades cuando el usuario utiliza el servicio público:

I.- Celebra un contrato civil;

II.- Celebra un contrato mercantil, y

III.- Se sujeta a un régimen preestablecido mediante un acto unión.

Estimo que hay casos en el que sí se celebra un contrato mercantil; sin embargo hay otros casos en que es casi instantánea la prestación del servicio, con la voluntad de utilizarlo, por ejemplo, el transporte urbano, en que se paga la tarifa en el momento de abordar el vehículo; en este supuesto, consideramos que hay un acto unión.

#### **E) Obligaciones del concesionario son:**

a) Ejercitar personalmente los derechos derivados de la concesión (aun cuando contrate personal, porque materialmente no pueda

llevar a cabo todos esos actos, pero aquél deberá estar bajo su supervisión).

- b) No transferir, enajenar, o gravar, los derechos derivados de la concesión, sin consentimiento de la autoridad concedente.
- c) Contar con los elementos personales, materiales y financieros para prestar el servicio público, o efectuar la explotación de los bienes en condiciones óptimas.
- d) No ceder, traspasar o gravar, el equipo, o los bienes destinados a la concesión, sin consentimiento de la autoridad concedente.
- e) Realizar las obras necesarias para prestar el servicio público o explotar los bienes.
- f) Prestar el servicio público, o explotar los bienes, en los términos y condiciones que señalan las disposiciones legales.

#### **F) Rescate**

Es un principio aplicable a las concesiones de explotación de bienes del Estado; el rescate es un acto administrativo, mediante el cual, la autoridad administrativa, recupera los bienes que había concedido previamente, por causas de utilidad pública; la doctrina generalmente se orienta a precisar que en este caso, el Estado debe indemnizar al concesionario por las inversiones que hubiere efectuado y por la privación que se le hace del plazo de explotación.

#### **G) Derecho de revisión**

Es una institución administrativa que opera en las concesiones y consiste en que una vez transcurrido el plazo de la concesión, los bienes afectos ya sea el servicio público, o la explotación de bienes del

Estado, pasan a ser propiedad de éste sin necesidad de contraprestación alguna.

#### **H) Procedimiento para otorgar la concesión**

El procedimiento para otorgar la concesión se inicia con una solicitud del particular, en la que se llenan todos los requisitos que exigen las disposiciones legales; generalmente se publica un extracto de la misma en el Diario Oficial de la federación; hay casos en los cuales, anteriores concesionarios, o personas que tengan interés, pueden oponerse a su otorgamiento. En este procedimiento de oposición hay escritos de las partes que fijan la controversia, ofrecimiento y desahogo de pruebas y alegatos, y resolución que dicta la propia autoridad administrativa; si declara procedente la oposición no se otorga la concesión, si se rechaza, se continúa el procedimiento para el efecto de que si se cumplen los demás requisitos y lo estima conveniente la autoridad, se otorgue la concesión.

Se ha discutido la naturaleza de este procedimiento administrativo, y se dice que es cuasi judicial, por que resuelve una controversia; pero no se resuelve una controversia, sino que únicamente declara si es procedente la oposición, pues quedan a salvo los derechos de las partes para acudir a la autoridad judicial federal, para que ésta resuelva el conflicto de fondo entre ellas.

#### **EL TÍTULO DE LA CONCESIÓN**

La última fase del procedimiento para otorgar la concesión es que la autoridad administrativa aprecie si el solicitante cumplió con todos los requisitos, si tiene capacidad general, técnica y financiera, haya otorgado las garantías previstas; y, si lo estima conveniente el interés general,

otorgará la concesión mediante una decisión administrativa que se expresa a través de un acuerdo escrito, el que generalmente se publica en el Diario Oficial de la Federación ( hay casos en los que no se publica sino que se notifica personalmente, como en las concesiones de educación, de caza y pesca).

El título de concesión, contiene Acuerdo firmado por el titular de la dependencia que la expide, es un acto discrecional de parte de autoridad, y ya no se trata de un acto obligatorio, reglado o vinculado, puesto que las leyes no obligan a la autoridad a otorgar forzosamente la concesión, sino al contrario, la facultan para tomar esa decisión discrecionalmente.

#### **l) Extinción de la concesión**

Los modos de extinción de la concesión son varios: el más normal es el cumplimiento del plazo; luego tenemos la falta de objeto o materia de la concesión, la revocación, la caducidad, la rescisión, y el rescate. No hay precisión en la legislación administrativa sobre las causas de terminación antes aludidas, se utiliza una terminología a veces imprecisa: la práctica se orienta a considerar después del plazo, a la caducidad, como causa de terminación más importante.

##### **a) Cumplimiento del plazo**

Al terminarse el periodo previsto en la concesión, termina ésta, salvo en aquellos casos en que puede prorrogarse mediante un nuevo acto administrativo. El efecto más importante que produce el cumplimiento del plazo es la revisión, que ya comentamos anteriormente.

##### **b) Falta de objeto o materia de la concesión**

Si se hace imposible la prestación del servicio público, o se agota el objeto o materia de la concesión, la consecuencia será que la concesión se extinga por falta de objeto o materia.

**c) Rescisión**

Se considera que la rescisión es la facultad de una de las partes en un contrato o convenio para darlo por terminado si la otra parte incurre en el incumplimiento de sus obligaciones. Sólo operará esta causa de terminación en aquellos casos esporádicos en que aún se celebran contratos-concesión.

**d) Revocación**

La práctica administrativa en México se ha orientado a considerar como causa de revocación de las concesiones, la falta de cumplimiento del concesionario a las obligaciones que le impone el régimen jurídico de la misma; son causas de revocación la falta de cumplimiento por parte del concesionario a las obligaciones antes aludidas. Consideramos que esta situación es más técnica que la de presuponer que se trata de rescisión, pues por un acto administrativo como es la concesión, no puede ser rescindido, sino más bien revocado por la autoridad que la otorgó, en los supuestos de incumplimiento que prevén las leyes, los reglamentos y el propio acto de la concesión.

**e) Caducidad**

Opera cuando el concesionario está obligado a cumplir con ciertos requisitos establecidos en la ley, reglamento o en el acto de la concesión, dentro de determinado plazo, y no cumple con ellos, por ejemplo, cuando no adquiere el equipo necesario para prestar el servicio público, o no

inicia la prestación de éste en el plazo previsto. A veces se dan en las leyes administrativas, como causas de caducidad, causas que constituyen incumplimiento, o bien, causas de revocación.

### 1. Rescate

Sólo opera en las concesiones de explotación de bienes del Estado, según ya lo expusimos líneas atrás.

### 2. Renuncia

Aun cuando no se ha estudiado el fondo, existe la posibilidad de que la concesión se extinga respecto del concesionario por renuncia que éste haga de los derechos que tenga a su favor; sin embargo, creemos que no puede haber una renuncia lisa y llana, sino que dependerá de la importancia del servicio público o de las necesidades que el Estado tenga de explotar determinados bienes para que se pueda aceptar la renuncia de la concesión. En algunas ocasiones, podrá tratarse de un servicio público obsoleto o, por ejemplo, de la explotación de minerales que no sea económica, en cuyo caso parece ser que no habría interés público en que continuara forzosamente la concesión.

#### f) Quiebra del concesionario

La quiebra del concesionario en la empresa que presta los servicios o explota los bienes, puede traer también la extinción de la concesión y se estima que, en estos casos, las autoridades, cuando se trate de servicios públicos de gran trascendencia para la colectividad, debe asegurar la continuidad de los mismos. Cuando se presentan las causas de incumplimiento que dan origen a la revocación, o a las causas que provocan la caducidad, se sigue, por lo regular, un procedimiento administrativo en el que la autoridad determina la existencia de esas causas, notifica al concesionario para que manifieste lo que a su derecho

convenga, o exhiba pruebas que acrediten que no incurrió en falta, y posteriormente se dicta un acto administrativo declarando la revocación o la caducidad de la concesión; este acto en la mayoría de los procedimientos, también se publica en el Diario Oficial de la Federación. De acuerdo con la práctica administrativa de México, cuando se trata de caducidad, al procedimiento le llaman de incurso en caducidad. El efecto de la revocación por incumplimiento, o caducidad, además de extinguir la concesión, es de fincar responsabilidades administrativas a cargo del concesionario, que generalmente, se hacen efectivas, ejecutando las garantías que éste hubiere otorgado. <sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> OB. CIT. Supra (26) . p. 48- 55

## **CAPÍTULO VI**

### **EL ESTADO COMO FINANCIADOR DE LA SALUD**

#### **6.1. LA PARTICIPACIÓN DEL ESTADO EN LA PREVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

La participación del Estado en la provisión de servicios sociales ha experimentado al menos dos movimientos conjuntos que lo llevan a replantear sus funciones dentro del llamado "*gasto social*". La globalización y la competencia por los mercados entre los países empuja a reducir los costos de producción con un doble efecto: por una parte disminuir los recursos que llegan a los estados nacionales a través de impuestos, mientras que en el sentido opuesto, han aumentado las necesidades de la gente debido al incremento del desempleo y las desigualdades sociales. Frente a este aumento de la brecha entre las obligaciones y los recursos del estado benefactor (en informe precedente sobre sistemas actuales de salud<sup>29</sup>, se profundiza sobre la crisis de este particular), se plantean dos posturas diferentes.

##### **6.1.2. EFICIENCIA EN LA PREVISIÓN DE SERVICIOS**

Por un lado están quienes buscan perfeccionar el actual sistema, planteando una mayor eficiencia en la provisión de servicios y, a través de un mejor aprovechamiento de los recursos, alcanzar mayor impacto en la inversión social en la población. La mayor eficiencia se lograría a través de una mejor gestión administrativa, una estructura adecuada de incentivos,

---

<sup>29</sup> Manetti José Luis. Análisis Actual de los Sistemas de Atención Médica. Vol. 29 ed. 2º. .Ed. Quirón Canadá 1998.p 17



mayor entrenamiento del recurso humano y una mayor focalización de la inversión-gasto en los más pobres, evitando su derrame hacia otros sectores sin carencias de la población. Este modelo conlleva también mayor transparencia en los procesos de auditoría y control de los servicios públicos<sup>30</sup>. Estas tendencias ahogan por un crecimiento y activación del Estado a través de una mayor intervención en los problemas sociales como única forma de asegurar la igualdad de oportunidades que el mercado no brinda.

Por otra parte, intentaremos recalcar en este informe, están aquellos que sostienen que, ante la ya demostrada ineficacia y falta de transferencia del Estado en brindar los servicios sociales (en particular la salud), es el propio mercado quien debe ocuparse de su provisión, ya que sería el único que puede lograr una eficiente asignación de los recursos.

Es a partir de esta "ideología, donde se deberán debatir las alternativas que en el terreno práctico nos permitan fundamentar el futuro rol del Estado en la constitución social de la salud, teniendo en cuenta la calidad asistencial, las características de la demanda y otras importantes cuestiones que hacen a la satisfacción del beneficiario.

## **6.2. MODELOS PRINCIPALES DE ATENCIÓN A LA SALUD**

La adecuación de los sistemas de salud como prioridad de agenda de los países no siempre encuentra un fácil recorrido. Como ya hemos desarrollado en informes previos, los cuatro principales modelos de atención de la salud son:

---

<sup>30</sup> Kliksberg Bernardo, Rev. Observatorio Social. Ed. Sociedad Económica. Buenos Aires, 1997, p. 11

- a) Servicios Nacionales,
- b) Seguridad Social;
- c) Seguridad Privada;
- d) Mixtos.

Una primera derivación de este análisis es que no existen fórmulas universales aplicables a cualquier país. La segunda aseveración, en consonancia con los informes de la Organización Panamericana de la Salud<sup>31</sup>, es la necesidad de adecuar las reformas del sistema sanitario a las costumbres, ideologías y valores de cada país.

Finalmente, se evidencia la necesidad en cualquiera de los mencionados sistemas de atención referidos, en resolver lo que se ha dado en llamar el "dilema de salud", esto es, equilibrar en la balanza de un sistema, la cobertura universal (equidad), alta calidad (acceso tecnológico) y reducción de costos (eficiencia). En Argentina, la particular situación de heterogeneidad y fragmentación de su sistema de salud, es una fuente indudable de inequidad en la asignación de los recursos, haciendo más perentoria la necesidad de transformación de la atención médica para que se pueda dar respuesta satisfactoria a las demandas de su población.

La experiencia en distintos países de los llamados "liberales", demuestra como impracticable la postura de un Estado en mera posición de espectador y fiscalizador de la provisión de los servicios. El Estado debe participar ofreciendo alternativas donde el mercado no es lo suficientemente desarrollado para darlas y asegurando la igualdad de

---

<sup>31</sup> Llach Juan. Otro siglo, otra Argentina. Ed. Sociedad Económica. Buenos Aires.1997. p. 23

oportunidades a través de la redistribución de los recursos. Quitándole al Estado el peso de tener que cargar con los procesos de provisión de los servicios, el Estado puede concentrar su atención en el control y auditoría de los mismos.

Más allá del sistema constitutivo social de los Estados, el eje de discusión pasa en este caso, por la disyuntiva Estado financiador de la demanda (en los modelos más liberales) o Estado financiador de la oferta (modelos socializantes)<sup>32</sup>.

### 6.2.1. MODELOS

Esquema 1

Origen de los Fondos	Uso de los Fondos			
Modelos	¿Quién paga?	Progresividad del Pago	Destino del gasto	Prestación de los Servicios
<b>Liberalismo extremo</b>	Cada uno lo suyo	No	Libre	Mercado
<b>Liberalismo Moderado</b>	Impuestos Generales	Muy moderada	Libre	Mercado
<b>Subsidiaridad</b>	Cuentas Personales	Si	Finalidades Sociales con libre elección (Subsidio a la demanda)	Mercado regulado Estado "testigo"
<b>Estado</b>	Impuestos	Si	Finalidades	Estado

<sup>32</sup> Cuat G. Gilson. Reforma del Sector Salud. Conferencia sobre Seguridad Social Ed. Central de Analisis. Washington.

<b>Benefactor</b>			Sociales sin libre elección (Subsidio a la oferta)	"prestador"
-------------------	--	--	--	-------------

### A) Esquema 1

En el discurrir histórico del sistema de salud, la constante histórica fue la de un Estado básicamente financiador de la oferta, a través de los hospitales públicos, centros de atención primaria, etc. El Estado indirectamente y en menor medida financió y aún financia la demanda de atención médica a partir de las Obras Sociales provinciales y a nivel nacional subsidiando la Obra social de jubilados y pensionados y algunas Obras Sociales sindicales.

En el caso de las provincias americanas el mecanismo financiador de la demanda por medio de subsidios a las Obras Sociales de menor envergadura, el mecanismo empleado habitualmente fue el de "caja compensadora" a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud hasta el año 1994 y luego a partir de la Superintendencia del Seguro de Salud hasta la fecha. No se trata de contrariar la obligación del Estado como garante de derechos básicos como la educación, salud o seguridad a través de los subsidios pertinentes, sino replantear las formas y los medios más adecuados a fin de lograr la máxima equidad y eficiencia.

La desregulación del estado nacional a principios de los noventa, con transferencia de los hospitales y otros servicios de salud a órbitas provinciales y municipales, trajo aparejado una atenuación al rol tradicional del Estado como financiador de la oferta, iniciando un lento proceso hacia la financiación de la demanda.

Esto se viene concretando, por ejemplo, en la autogestión hospitalaria y en los distintos proyectos legislativos y del poder ejecutivo para dotar a la población sin cobertura médica de un seguro de salud. Esta reconversión del estado no es sencilla ni debe esperarse se realice en pocos meses, pues requiere una reingeniería del sistema tributario, correcta identificación de los beneficiarios y armonización de políticas entre el estado nacional, provincias y municipios<sup>33</sup>.

Esquema 2

Rol del Estado	Fortalezas	Debilidades
<b>Financiador de la oferta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No requiere cambios tributarios.</li> <li>■ Genera menos resistencia social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El estado no sabe cuanto ni de que forma gasta su presupuesto.</li> <li>■ Es poco eficiente y hasta inicuo para quienes pagan sus impuestos.</li> </ul>
<b>Financiador de la demanda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Es más eficiente.</li> <li>■ Permite mejorar la macro y la micro asignación de los recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Requiere adecuaciones tributarias y políticas.</li> <li>■ Si el sistema no está bien implementado puede producir exclusiones indeseadas.</li> </ul>

## B) Esquema 2

<sup>33</sup> Mainetti José Luis. Op. Cit. p, 18

Canadá es un ejemplo claro de cambio estructural de un sistema subsidiador de la oferta a otro subsidiador de la demanda, mostrándose los vaivenes en la implementación de un seguro médico único desde la órbita estatal.

### **6.3 LA SALUD Y EL SERVICIO MEDICO QUE PRESTA EL ESTADO**

Adicionalmente, el Estado debe jugar el papel protagónico en garantizar condiciones de vida saludables a la población, mediante acciones de índole intersectorial y mediante la promoción de la participación de las comunidades en un esfuerzo compartido que involucre a toda la sociedad. Aunque se reconozca y haya consenso sobre las prioridades en materia de salud pública, muchos sistemas de salud se hallan entrampados en un callejón sin salida: el grueso de los recursos se los tragan los servicios curativos de mayor complejidad, en intervenciones que muchas veces no se corresponden con las necesidades reales y fundamentales de la población en su conjunto.

Para que sea posible cumplir con las prioridades en materia de salud, se hace necesario un cambio en la asignación de los recursos. Aquí interviene nuevamente el ámbito de la economía de la salud: en términos económicos, el problema principal está en la organización institucional, administrativa, funcional y financiera de los servicios, los que, como barril sin fondo, se tragan la casi totalidad de los recursos. Para que lo deseable sea posible en materia de salud pública, se necesita un cambio en la asignación de los recursos y, por lo tanto, se necesita una reforma de los servicios de atención a las personas.

Procurar que sea posible cumplir con las prioridades en materia de salud constituye la justificación fundamental de una reforma de los

servicios. Pero más aún, los sistemas de salud empiezan a enfrentar demandas crecientes que tienden a aumentar más y más los costos. Al lado de las enfermedades que son producto de la falta de previsión, empiezan a adquirir un peso importante otras patologías más complicadas, cuyo tratamiento involucra sumas de magnitud considerable. Entre ellas merecen destacarse enfermedades crónicas, vinculadas con formas de vida de la sociedad moderna y traumatismos, que resultan también de ello, como los accidentes y la violencia. Todo ello amenaza con un mayor escalamiento de costos, a lo que se añaden las deficiencias institucionales ineficiencias en la administración de los recursos, incluyendo la falta de probidad.

Todo esto significa que en los países pobres se justifica más que en los ricos la preocupación por los costos de la atención médica y por la racionalización de los recursos que se asignan al sistema de salud, con la finalidad de que los mismos sean destinados a aquello que es más prioritario. Sobre todo porque en estos países prevalece la injusticia: justamente aquellos expuestos a mayor riesgo de perder la salud tienen menos posibilidades reales de enfrentarla. Esto significa que las desigualdades sociales se traducen en oportunidades diferentes ante la salud y la enfermedad, y en un acceso inequitativo a los servicios de salud.<sup>34</sup>

En efecto, la falta de equidad es una de las características fundamentales de los sistemas de salud de los países pobres. Esto es más grave aún donde no se ha desarrollado la seguridad social y donde el Estado no asume el rol que le corresponde para garantizar un acceso equitativo a los servicios más esenciales.

Pero además, cuando se produce la enfermedad, se requiere de servicios de salud eficientes, de calidad, con capacidad resolutive y con amplia cobertura. Un sistema así, tiene el potencial de mejorar sustancialmente la calidad de vida de la gente. Es capaz de aumentar la esperanza de vida de la población, al reducir los riesgos de enfermedades infecciosas, los relacionados con procesos vitales normales, como el embarazo y el parto cuyas complicaciones inciden de manera importante en la determinación de la carga de la enfermedad y otros. Más aún, un sistema de atención justo, fundamentado sobre principios equitativos de finanzas públicas, tiene la posibilidad de elevar los ingresos reales de la gente, disminuyendo la brecha entre ricos y pobres.

## **6.4 LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO**

Tanto países pobres como ricos se encuentran hoy en el proceso de reformar sus sistemas de salud. En algunos países, las reformas introducen niveles diversos de competencia en estructuras públicas excesivamente centralizadas y burocratizadas, que han perdido contacto con el verdadero propósito del sistema, que es su orientación a la gente.

### **6.4.1 SISTEMA DE SALUD EN GRAN BRETAÑA**

En otros, sucede lo contrario: el Estado asume una mayor ingerencia en el sistema, mediante el control del financiamiento, con la finalidad de

---

<sup>34</sup> Rathe, Magdalena, Salud y Equidad: Una Mirada al Financiamiento a la Salud Macro International / USAID, Santo Domingo (2000).



hacer el sistema universal y más equitativo. Gran Bretaña, por ejemplo, es uno de los países que ha profundizado más su reforma. Su sistema de salud era y sigue siendo eminentemente público, porque es el Estado quien controla el financiamiento. A fin de incrementar la eficiencia del sistema y detener la escalada de los costos, ha creado los llamados “mercados internos”, donde los hospitales públicos autónomos compiten entre sí por los recursos estatales. Además, también participan en este cuasi-mercado los médicos generales, que reciben financiamiento estatal para atender una población asignada.

#### **6.4.2 SISTEMA DE SALUD EN CANADÁ**

En Canadá, la reforma ha transformado un sistema de salud privado, en uno fundamentalmente público. Aunque los hospitales y centros de salud siguen estando en manos privadas con o sin fines de lucro el financiamiento estatal decide a quién atender y con qué servicios. De esta manera, se garantiza la equidad del sistema a un punto tal, que las encuestas de satisfacción de usuarios levantadas en diversos países muestran que los canadienses son los que están más conformes con los servicios que reciben.

#### **6.4.3. SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA**

En Estados Unidos el gasto en salud por persona es el más alto del mundo, hasta el punto de que se está haciendo inviable desde el punto de vista macroeconómico. Se trata posiblemente del sistema de salud más abierto que existe, es decir, donde el financiamiento es fundamentalmente privado. Esta situación, además de aumentar los costos de manera indeseable, se traduce en un sistema altamente injusto:

el país más rico del mundo permite que al rededor de cuarenta millones de personas no tengan acceso al sistema de salud.

#### **6.4.4. SISTEMA DE SALUD EN CHILE**

En Latinoamérica se encuentran en fase de implementación cambios importantes en Colombia y Chile. Durante los años ochenta, cuando predominaban en esta parte del mundo los vientos del "laissez faire", se introdujo en Chile una reforma del sistema de salud tendiente a permitir el surgimiento de formas privadas de financiamiento de la salud. Como es evidente, éstas se concentraron en los grupos de altos ingresos de la población y el país está actualmente en el proceso de cambio, para corregir efectos no deseados de un sistema abierto, sobre todo en lo que se refiere a la equidad. En la actualidad, el grueso de la población chilena se encuentra adscrita al sistema de financiamiento público de la salud.

#### **6.4.5. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

En el caso de Colombia, el Sistema Nacional de Salud fue reformado en 1990. Sus lineamientos fundamentales apuntan a lograr, entre otras cosas, la descentralización del manejo de la administración de la salud, el impulso a la participación social de la gente en la planeación, desarrollo y vigilancia de las políticas sanitarias y la definitiva responsabilidad del municipio, como célula principal de la democracia y del gobierno, en la prestación directa de los servicios básicos a sus comunidades.

#### **6.4.6. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO**

Es importante resaltar el hecho de que, en todas partes, la población posee algún tipo cobertura médica y no está abandonada a su suerte.

*El sistema menos equitativo del mundo es, justamente, aquel donde la gente está abandonada a su suerte y tiene que recurrir al dinero de su bolsillo para pagar a un médico particular.*

Eso es lo que sucede en México, donde más de un 60% del gasto total en salud lo erogan las familias, con su propio dinero, pues no tienen cobertura médica y el sistema público de salud no es capaz de atender gratuitamente a todos los enfermos.

Como la cobertura del seguro sociales inferior a la décima parte de la población, los grupos sociales que pueden se han ido afiliando a sistemas de seguros o igual los privados, los cuales han tenido un crecimiento sustancial en los últimos años, cubriendo una necesidad importante, pero sin la adecuada regulación.

Dejar el sistema de salud como está, no introducir reformas en el financiamiento de la atención médica, equivale a perpetuar y profundizar el status y contribuir a que la gente siga resolviendo su situación individual de manera privada. Y por supuesto, quienes pueden más resolverán de la mejor manera, incrementándose así la desigualdad social.

El problema no es que no haya ejercicio privado de la medicina, hecho normal en los países de economía de mercado. El problema es que el financiamiento de la misma, vale decir, el dinero con el que se paga al médico, provenga de un fondo común, que permita el ejercicio de la solidaridad entre un grupo amplio de población. Esta expresión, "solidaridad", significa que los riesgos se reparten y que los sanos

contribuyen con los enfermos, los que tienen recursos con los que no tienen, los jóvenes con los viejos.<sup>35</sup>

#### **6.4.7 SISTEMAS DE SALUD EN EL RESTO DEL MUNDO**

En el resto del mundo, incluyendo países tan diversos como los señalados en supralineas y a estos aunados China, Tailandia, Costa Rica y los de Europa Oriental, algunos con grados diferentes de avances y con propósitos también diferentes, se está enfrentando o preparando la reforma del sector salud.

Aunque las condiciones son distintas, lo mismo que los problemas, las posibilidades, las prioridades y los valores que guían los procesos, existen aspectos básicos que son comunes a todas las reformas, independientemente del nivel de desarrollo económico y social. Esto significa que es posible derivar lecciones de la experiencia por la que ya han atravesado otros países. Es posible, además, para los países más pobres, procurar saltar etapas que han demostrado no ser adecuadas. Modelos de financiamiento y provisión de servicios.

### **6.5. DE LOS SEGUROS SOCIALES A LA SEGURIDAD SOCIAL**

México vive un período de transición de los seguros sociales a la seguridad social.

Las prestaciones sociales que se han de impartir e impulsar y que forman parte de la actividad del Seguro Social, muestran importantes

---

<sup>35</sup> Ibidem

conquistas logradas hacia esa nueva proyección y nuevo sentido del bienestar social.

La seguridad social se distingue de los seguros sociales clásicos, tanto por la más amplia protección que concede para abarcar el ciclo de cada vida – de la cuna a la tumba – como por la estructura financiera y económica – de tipo fiscal – de uno y otros sistemas. Los seguros sociales operan dentro de los principios del cálculo de probabilidades, la teoría del riesgo – pagándose una cuota parecida a la prima – pues sólo comprende a los empleadores en relación con sus trabajadores, cuando existe, en el molde legal tradicional, una relación de trabajo.

La seguridad social, en cambio, aplica la adopción de nuevas y extensas obligaciones y derechos frente a todos los residentes del país, que llevan a una ampliación de la solidaridad social hacia todos los riesgos comunes o sociales de toda colectividad sin olvidar la base matemática, pero sin que ésta sea la rectora. A este concepto obedece el que la ley que fue sometida a la consideración del Congreso de la Unión en diciembre de 1970, establezca la solidaridad para enfrentar los riesgos de los industriales del país, así como el de los productores del campo y los trabajadores a su servicio, la aportación de los industriales y campesinos se somete a nuevos métodos que serán la base del futuro financiero del Seguro Social en beneficio de la mayoría del pueblo.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Arce Cano Gustavo. Op. Cit.Supra (2) p. 110

## CAPÍTULO VII

### CONCESIÓN DEL SERVICIO MEDICO

#### 7.1 REFORMA EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El principio detrás de la expresión "solidaridad" es que cada quien aporte según su capacidad y reciba los beneficios según su necesidad. Los Principios que Orientan un Sistema de Salud Cuando se habla de la reforma del sistema de salud, se proponen una serie de principios, tales como:

**Universalidad,**

**Equidad,**

**Solidaridad,**

**Eficiencia,**

**Calidad y**

**Satisfacción de los usuarios.**

Estos objetivos pueden lograrse mediante una combinación de funciones típicamente públicas o privadas, según sea el caso. Los principios de universalidad, equidad y solidaridad sólo pueden alcanzarse, sobre todo en los países pobres, mediante la aplicación generalizada de un sistema de financiamiento público.

La característica fundamental del financiamiento público es su carácter compulsivo, es decir, su obligatoriedad -- la aplicación del poder compulsivo del estado, como dice el derecho tributario -- mediante impuestos generales o cotizaciones sobre la base de ingresos. La obligatoriedad de afiliación de la población al sistema hace posible la solidaridad tal como fue definida antes. Como todos contribuyen, es

posible contar con recursos suficientes para que todos estén cubiertos, es decir, para la universalización de la cobertura, lo cual, de por sí, tiende a contribuir con la equidad.

Por su parte, los principios de eficiencia y calidad de los servicios, así como la satisfacción del usuario, se relacionan mejor con las funciones propias del sector privado.<sup>37</sup>

## **7.1.2. REFORMA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Esto no significa que la prestación de los servicios tenga que ser privada exclusivamente, sino que, aún siendo pública, se rige por criterios de administración privada. De esta forma, existen varias combinaciones de tipos de financiamiento y prestación, que conforman distintos modelos.

### **7.1.2.1. FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS**

**a)** Pueden identificarse dos tipos de financiamiento:

- voluntario (o privado) y
- compulsivo (o público).

**b)** Por su parte, existen cuatro maneras de pagar a los proveedores:

- Dos por pago directo .- una con seguro, mediante el sistema de reembolso y otra, sin seguro; y
- Dos formas de pago indirecto: una mediante un contrato entre la entidad financiera y el proveedor, generalmente sobre bases per-

cápita o mediante tarifas por servicios, y la otra, mediante salarios dentro de un sistema integrado.

### 7.1.3 MODELOS DE FINANCIAMIENTO

Se excluyen el que sería “público, con pago directo”, porque se considera muy inusual, debido a su falta de racionalidad. En el caso podría decirse que una proporción importante del financiamiento se realiza de esta manera, en el sentido de que la gente pobre no “elige voluntariamente” atenderse en el servicio privado pagando con su dinero, sino que, muchas veces, no tiene alternativa.

De los siguientes indicadores evaluativos: equidad, considerando ésta como el acceso a la salud, según la necesidad e independientemente de la capacidad de pago; eficiencia macro económica, medida como una proporción adecuada del gasto nacional en salud respecto al Producto Interno Bruto; y eficiencia microeconómica, como la capacidad del modelo para prestar un servicio oportuno y de calidad, que brinde satisfacción a sus usuarios.

Este análisis permite llegar a la conclusión de que el sistema de financiamiento privado, particularmente el de los grupos de altos ingresos, incluyendo los sistemas de seguros, tiende a la adopción de modelos de atención más eficientes, con uso intensivo de tecnología.

Si el Estado no asume el papel que le corresponde en el financiamiento público, ni orienta la acción del sector privado, se vuelve inevitable la privatización del sistema, con efectos tanto sobre el gasto

---

<sup>37</sup>www/Pan American Heald Org. Cooperation of the PAHO in the Health Sector Reform Processes.



total como sobre la racionalidad en la asignación de los recursos y la organización institucional.<sup>38</sup>

### **7.1.3.1 EFECTO COMPARATIVO DE LOS DIVERSOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

#### **1) VOLUNTARIO CON PAGO DIRECTO**

Sistema más primitivo, donde el financiamiento estatal o de la seguridad social no existe y el usuario debe pagar al prestador de los servicios, en el momento en que lo necesita, con dinero de su propio bolsillo. Es muy inequitativo, por que el acceso a los servicios depende de la capacidad de pago. Es muy costoso para los pacientes, quienes deben pagar cuando menos pueden hacerlo, puesto que están enfermos. Se regula por la oferta y la demanda. El consumidor tiende a restringir el gasto porque lo asume directamente -- pero el médico tiende a fomentar la demanda. Como el conocimiento es asimétrico, es difícil lograr eficiencia macro ni microeconómica. No hay garantía de que pueda cumplirse con el principio de la soberanía del consumidor, por la asimetría de información entre pacientes y médicos, en favor de éstos últimos.

#### **2) VOLUNTARIO CON REEMBOLSO**

Es el sistema típico, "convencional" de las compañías privadas de seguros: la persona paga una prima, realiza los gastos médicos con dinero de su bolsillo, y la compañía aseguradora se lo reembolsa, total o

parcialmente. Más equitativo que el anterior, pero todavía deficiente: el acceso al seguro está relacionado con la capacidad de pago.

Además, las personas con riesgo mayor y, por ende, con mayor necesidad entre las que se encuentran los pobres, los ancianos y los enfermos tienden a ser rechazados. El médico tiende a inducir la demanda y el consumidor no tiene interés en restringir el gasto, puesto que se le reembolsa el dinero (riesgo moral). El sistema tiende al gasto excesivo. Tiene altos costos administrativos a nivel de todo el sistema. La competencia entre aseguradores y proveedores tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios, pero a la vez, a incrementar los precios.

### **3) PÚBLICO CON REEMBOLSO**

Es un sistema semejante al anterior, pero la contribución es obligatoria y regulada por el Estado. Puede ser equitativo, debido al financiamiento compulsivo que promueve la solidaridad. Los posibles aumentos en los precios de los servicios pueden hacer gravosas las contribuciones. Hay presiones para la elevación de los costos nacionales de los servicios, por las mismas razones del modelo anterior y, por lo tanto, aumenta el gasto nacional en salud. Estimula la competencia entre proveedores, lo que tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios. A la vez, tiende a incrementar los precios.

### **4) VOLUNTARIO CON CONTRATO**

---

<sup>38</sup> [www/http//](http://www/http//) William, Abnormal economics in the health sector, publicado dentro del libro de P. Berman, Health Sector Reform in Developing Countries: making health developmentsustainable, Harvard University Press, (1995).

El consumidor paga una prima a un asegurador que podría ser una asociación de consumidores o de productores quien a su vez, paga al proveedor mediante un contrato, sobre bases per cápita o por tarifas de servicios.

Tiene capacidad limitada de lograr la equidad, debido a los niveles reducidos de solidaridad y a la selección de consumidores. Tiene buenas posibilidades de contención de gastos a nivel nacional, sin pérdida de la calidad. Produce ahorros en los costos administrativos.

La libre elección del consumidor se restringe al grupo de proveedores contratado por el asegurador, pero éste último tiene incentivos para negociar servicios económicos de calidad para sus asociados. Tiene altos niveles de eficiencia microeconómica.

## **5) PÚBLICO CON CONTRATO**

Es semejante al anterior, pero la institución intermediaria es generalmente pública, o es privada pero financiada con criterios públicos, pues la contribución es obligatoria. Este es el caso típico de la seguridad social.

Es el que tiene el mayor potencial de lograr equidad, por que el financiamiento es compulsivo, lo que hace posibles los beneficios de la solidaridad. Puede ser diseñado para lograr la cobertura universal. Es responsabilidad del gobierno, quien decide qué financiar, a quién subsidiar y el monto de los recursos a ser asignados. El sistema de contratos, sobre todo en base a capitación, contribuye a la contención del gasto a nivel nacional. Hay libertad de elección del proveedor (a veces, también del asegurador), dentro de los límites del contrato. Hay

competencia entre proveedores, lo que aumenta la cantidad y calidad de los servicios. Tiene gran potencial de lograr eficiencia microeconómica.

## **6) VOLUNTARIO INTEGRADO**

La entidad aseguradora es propietaria de los establecimientos de servicios de salud y paga a los prestadores mediante salarios. Pocas posibilidades de lograr equidad, por que la selección del asegurador depende de la capacidad de pago.

Hay incentivos para la selección de riesgos. Hay oportunidades de lograr eficiencia macroeconómica por que el sistema tiende a la contención de costos. Hay ahorros en gasto administrativos. La libertad de elección se restringe al asegurador, pero no al proveedor. Hay competencia entre aseguradores/proveedores, lo que promueve la eficiencia. Hay tendencia a dar servicios de menor cantidad y calidad.

## **7) PÚBLICO INTEGRADO**

Es similar al anterior, siendo las entidades financieras públicas quienes administran sus propios centros de salud y pagan a los prestadores mediante salarios.

Es el modelo público tradicional en el país. Puede lograr cobertura universal y niveles deseados de equidad. Es responsabilidad del gobierno, para quien resulta relativamente fácil restringir el gasto.

No hay libertad de elección. Los incentivos a los proveedores actúan de manera perversa por que "el dinero no sigue al paciente". Las colas son frecuentes.

Promueve la ineficiencia: servicios pobres y de baja calidad.

### 7.1.3.2 EL MODELO DE EQUIDAD Y EFICIENCIA

El modelo de financiamiento que reúne las mejores condiciones en términos tanto de equidad como de eficiencia micro y macroeconómica, es el que se fundamenta en recaudaciones de carácter público como son las contribuciones por ingresos o los impuestos generales y se paga a los proveedores mediante un contrato, en base a capitación o tarifas por servicios.

Por un lado, el financiamiento público puede garantizar la equidad, a la vez que racionaliza el gasto y la asignación de recursos.

A su vez, los contratos con los proveedores, ya sean éstos públicos o privados, permiten relacionar los pagos con la productividad, elevando la calidad de los servicios y logrando, así, la satisfacción de los usuarios.<sup>39</sup>

## 7.2 PRINCIPALES PUNTOS DE LA REFORMA DE SALUD

Los puntos esenciales de la mayor parte de las reformas de salud que se están llevando a cabo en el mundo, pueden sintetizarse como sigue:

- Las funciones de rectoría y financiamiento del sistema se ejercen de manera separada e independiente de la función de prestación de los servicios.

Esto significa deslindar y hacer más transparentes las funciones: el ente rector deja de ser "juez y parte". Dispensado de su agobiante papel

---

<sup>39</sup> [www//http// Macro International](http://www.macro-international.com), Encuesta Demográfica y de la Salud (ENDESA), México, (1997).

de prestador, puede disponer de la energía necesaria para dirigir, planificar, trazar pautas y políticas y supervisar su cumplimiento.

- Como corolario de lo anterior, los prestadores de servicios pueden ser públicos o privados y, estos últimos, con o sin fines de lucro, como es en la actualidad. En el caso de los hospitales y centros de salud pertenecientes al sector público, el punto fundamental es que se manejan de manera autónoma vale decir, descentralizada y su financiamiento depende de la eficiencia y la calidad de los servicios. Ni la autonomía hospitalaria ni la descentralización regional significa privatización, como tampoco lo significa una mayor participación de las comunidades en la prestación de los servicios o el apoyo a los servicios públicos, ni la creación de patronatos en éstos últimos, ni el fortalecimiento de los niveles de gobierno local.

- La asignación de recursos se racionaliza, mediante la adopción de un paquete de prestaciones con niveles adecuados de costo-efectividad. Esta última expresión significa que las prioridades de gasto deben ser decididas en base a las necesidades reales de la población y que la forma de atender los problemas de salud es la que puede solucionarlos realmente, al menor costo.

- Se hace un uso más eficiente del subsidio estatal, dirigiéndolo a la demanda en lugar de a la oferta. En vez de financiar los establecimientos públicos de salud en virtud de presupuestos históricos — desvinculados de sus resultados, cumplan o no cumplan con los servicios —se entrega los subsidios a la gente, para que ésta, a su vez, decida en qué servicio

atenderse. De esta manera, el "dinero sigue al usuario", quien adquiere así un poder de decisión que no tenía en el pasado.

- Esto significa que los incentivos que reciben los proveedores en el nuevo sistema están vinculados a su productividad: cuanto mayor y mejor sea el servicio que prestan, mayores serán sus ingresos monetarios. Esto no significa tampoco la privatización, porque no cambia la propiedad del patrimonio público, sino su forma de administración. Para el personal médico que labora en los servicios públicos, estos cambios pueden significar premio al trabajo, al estudio y a la dedicación.

- Como consecuencia de lo anterior, el sistema se orienta al o la usuaria, y los servicios tienden a elevar su calidad, procurando satisfacerla. Es de esperarse que la mejoría en la calidad implique también una mejoría en la calidez, es decir, un tratamiento más humanizado a los pacientes. En el caso, esto afectaría sustancialmente la vida de las mujeres, puesto que son las principales usuarias de los servicios de salud.

- Se fomenta una mayor participación de la sociedad civil organizada, en ámbitos más amplios de la organización social: en la defensa de los derechos de las y los usuarios; en las tareas de promoción y prevención de la salud; en la gestión y el apoyo de las redes de servicios públicos descentralizados y concesionados de la salud; en la provisión de servicios con financiamiento estatal; en el aglutinamiento de la población sin capacidad contributiva; y otros. Estos puntos esenciales de las reformas de salud a nivel mundial, han sido tomados en cuenta en la elaboración de nuevas Leyes de Seguridad Social

Como se ve, el mundo está tendiendo a buscar un sistema de salud que tome lo mejor de las distintas experiencias, que se aproxime al centro, en lugar de a los extremos, que mejore la situación de salud de la población al más bajo costo, procurando lograr cobertura universal, mayor calidad y un trato más integral y humanizado a las personas. Para que estos ideales sean factibles, la información empírica ha llevado a la conclusión de que se necesita de la intervención gubernamental, con mayor razón aún en los países en proceso de desarrollo, lo cual no implica, necesariamente, la provisión directa de los servicios.

Numerosos estudios han encontrado correlación entre el grado de participación pública en el financiamiento de la salud y el ingreso per cápita, siendo la tendencia generalizada un aumento del financiamiento público a medida que el país tiene un desarrollo mayor, lo cual, también, se traduce en el mejoramiento de los resultados en salud de la población. En los países industrializados, donde existen sistemas de seguro social avanzados o sistemas nacionales de salud que funcionan, más del 70% del gasto total corresponde al gobierno, tal como se observa en el cuadro anterior. Este no es el caso de los países pobres.

El financiamiento público al sector salud tiene un gran potencial de contribuir a la equidad del sistema de salud, así como de mejorar la situación social, se hace imprescindible llevar a cabo una reforma sectorial, que oriente los recursos públicos a los grupos de menores ingresos. En adición a ello, se requieren también de acciones que mejoren la eficiencia del sistema, a fin de que sean factibles y eficaces los esfuerzos que realice la sociedad para lograr la equidad. <sup>40</sup>



### 7.3 CONSECUENCIAS DE CONCESIONAR EL SERVICIO MEDICO

Desde hace años, se vienen desarrollando los lineamientos de una reforma de salud que, entre otros asuntos, tienda a revertir esa situación. Uno de los temas principales a ser abordados, es la necesidad de incrementar el financiamiento público ya que, como se ha visto, de esta manera se lograrían importantes efectos redistributivos que disminuirían las grandes diferencias sociales existentes en el país. Las vías principales para lograrlo son las siguientes:

- La reforma del sistema de seguros sociales en salud.
- La reorientación del gasto público, para focalizar el grueso de los recursos a la población pobre e incrementar el financiamiento de las acciones de salud pública.
- El aumento de la eficiencia de los servicios públicos, incluyendo una mejor regulación de los mismos, con lo cual se mejora la asignación de los fondos.

Es preciso señalar que tales reformas no implicarían incrementos sustanciales de los montos que asigna el gobierno actualmente a salud, sino que se trataría más bien de una reestructuración, incluyendo un cambio de enfoque sobre cómo se organiza y financia el sector salud. El Estado tiene la responsabilidad de financiar los llamados "bienes públicos" en salud, que son aquellas intervenciones que benefician a toda la población, sin que sea posible identificar a cada uno de los recipientes de

---

<sup>40</sup> Henderson, Pamela, Gastos familiares de salud en América Latina y el Caribe ,Ed. OPS, Programade Políticas de Salud, Washington, (1994). P 54

las mismas. Estos programas, pese a su alta prioridad, han carecido tradicionalmente de los recursos necesarios.

Por tales razones, el gobierno debería aumentar los fondos para las acciones de salud pública, es decir, aquellos programas preventivos y de promoción de la salud dirigidos a toda la población. Con ello contribuiría a elevar la disponibilidad de información sobre cómo las propias personas pueden prevenir enfermedades y cómo asumir responsabilidad sobre su salud, todo lo cual tendería a favorecer el bienestar de los seres humanos. Durante décadas, la sociedad mexicana debatió el tema de la seguridad social, confrontando siempre obstáculos – muchas veces resultado de los intereses económicos involucrados en el tema – que impedían el logro de un consenso que hiciera viable una reforma en beneficio de la salud.<sup>41</sup>

El Instituto Mexicano de Seguro Social, así como el Instituto Mexicano de los Trabajadores del Estado, no responden ya a las necesidades de la sociedad actual. En adición a ello, los servicios de salud no satisfacían las necesidades de los usuarios, teniendo deficiencias similares a las que aquejan a la mayor parte del sistema público de salud.

### **7.3.1 LA CONCESIÓN DE EL SERVICIO MEDICO**

La concesión de el servicio medico así como la libertad de el trabajador de contratar el servicio con la institución de su preferencia ya sea publica o privada se realizaría en el marco regulatorio fundamental una de las reformas más importantes del siglo en la República Mexicana.

En efecto, los mexicanos tendrán derecho a una pensión al momento de llegar a la vejez y estarán protegidos por un seguro

obligatorio de salud. Este sistema producirá un cambio sustancial en la distribución del ingreso, contribuyendo a suavizar las inmensas diferencias actuales entre la población.

Es preciso señalar que el concesionar el servicio médico se funda sobre principios modernos y contiene disposiciones que pretenden lograr una verdadera protección para toda la población, a la vez que procura garantizar la eficiencia del sistema y su sustentabilidad en el tiempo.

### 7.3.2 LOS PRINCIPIOS RECTORES SON LOS SIGUIENTES:

- **Universalidad**, que propugna por la protección a todos los mexicanos y residentes del país, sin discriminación por razones de salud, sexo, condición social, política o económica.

- **Obligatoriedad**, por la cual todas las personas están obligadas a afiliarse al sistema y todas las instituciones tienen que facilitar la afiliación de sus empleados.

- **Integridad**, en el sentido de que se proveerá una protección suficiente para garantizar la vida, el ejercicio de las facultades humanas y la capacidad productiva.

- **Unidad**, es decir, el sistema de protección es un todo coherente.

- **Equidad**, lo que implica que las personas más desvalidas tendrán una protección mayor que las más favorecidas, a fin de propiciar una cierta igualación de los individuos dentro de la sociedad.

- **Solidaridad**, según la cual los que tienen más contribuyen en mayor medida, a fin de que reciban el servicio quienes menos tienen. Así

---

<sup>41</sup> [www/http//SESPAS](http://www/SESPAS) - Fundación Siglo 21, ESU-96, Utilización de Servicios de Salud y Satisfacción de

mismo, mediante este principio, los jóvenes son solidarios con los viejos y los sanos con los enfermos.

### 7.3.3. PRINCIPIOS LOGRADOS CON LA CONCESIÓN DE EL SERVICIO MEDICO QUE PRESTA EL ESTADO

- **Libre elección**, mediante la cual cada persona tiene derecho a seleccionar a quien le prestará los servicios o le administrará sus recursos, con ciertas limitaciones.

- **Pluralidad**, que favorece la existencia de diversas instituciones operando en el sistema, sean éstas públicas, privadas o mixtas.

- **Separación de funciones**, según la cual la conducción del sistema, el financiamiento, la planificación y asignación de recursos son funciones del Estado ejercidas con autonomía institucional, mientras que las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios pueden ser ejercidas por entidades públicas, privadas o mixtas.

- **Flexibilidad**, que garantiza la existencia de planes complementarios a la cobertura obligatoria de la seguridad social.

- **Participación**, que asegura a todas las personas, instituciones y sectores sociales, a ser tomados en cuenta en las decisiones que los atañen.

- **Gradualidad**, por medio de la cual el sistema se irá desarrollando paulatinamente, permitiendo a la sociedad adecuarse al mismo.

- **Equilibrio financiero**, que garantiza una correspondencia entre las prestaciones y el financiamiento, con la finalidad de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema. Regímenes y financiamiento

### 7.3.4. REGIMENES PARA SU APLICACIÓN

En la Ley de la materia se crean tres regímenes para su aplicación, los cuales tendrán distintas modalidades de financiamiento y su aplicación se implementará gradualmente:

- **Régimen contributivo**, que incluye a las personas que trabajan y perciben un salario, ya sea en el sector público o privado, así como a sus empleadores. Su financiamiento provendrá de los mismos empleados y sus patronos, quienes aportarán el 10% del salario del asegurado, hasta un máximo de 10 salarios mínimos. De este total, el patrón aportará el 70% y el empleado el 30%.

- **Régimen subsidiado**, que cubre a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables o inferiores al salario mínimo, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, y será financiado totalmente por el Estado.

- **Régimen contributivo subsidiado**, que cubre a los profesionales, técnicos y otros trabajadores por cuenta propia, donde el Estado suplirá la falta del empleador. Organización del sistema La ley crea el Consejo Nacional de Seguridad Social, que constituye la institución rectora del sistema. Esta entidad – pública y autónoma - está a cargo de elaborar los reglamentos de la ley y de poner todo el sistema en ejecución.

#### **7.3.5. TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Se crea una Tesorería de la Seguridad Social, a cargo del recaudo y pago, y de la administración del sistema único de información. A través de esta entidad se realiza la afiliación, que es obligatoria y será realizada a través del mencionado sistema único de información, con el cual se pretende optimizar el proceso de afiliación, recaudación y pago.

A cada ciudadano se le otorgará un número de seguro, compatible con el número de su credencial de elector.

Se crea una Dirección de Información y Defensa de los Asegurados, tiene el propósito de orientar y defender los derechos de todos los ciudadanos. Se crean dos Comisiones, una de pensiones y otra de salud y riesgos laborales, con la finalidad de supervisar el cumplimiento de la ley y sus reglamentos. Las administradoras de riesgos de salud y de pensiones, que pueden ser públicas o privadas, tienen a su cargo el aseguramiento. Por su parte, los proveedores de salud públicos o privados, ya sean éstos médicos particulares, clínicas, hospitales, farmacias, etc. Debidamente acreditados, serán contratados por las administradoras.

El Seguro Nacional de Salud, que será una administradora de riesgos para cubrir a los empleados públicos y a los beneficiarios del régimen subsidiado. Es preciso señalar que la ley de seguridad social reconoce todas las coberturas existentes, o sea que no elimina a nadie ni resta derechos adquiridos a los que hoy los tienen.

#### **7.4 EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD**

El seguro familiar de salud es el que viene a corregir el problema generalizado de desprotección social existente en el país, frente a riesgos tan comunes como la enfermedad, el embarazo y el parto. Estos problemas de salud ocasionan gastos importantes a las familias, particularmente a las más pobres, sobre todo porque, al no funcionar adecuadamente el sistema público, ellas se sienten obligadas a recurrir a proveedores privados pagando de su bolsillo.

Con la implementación del seguro familiar de salud, todos podrán ser atendidos por su médico de cabecera, quien los referirá a los

especialistas de ser necesario y a la clínica u hospital en caso de requerir internamiento, a quienes les pagara la Tesorera de Seguridad social. Asimismo, tendrán derecho a ciertos medicamentos ambulatorios aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social y recetados por su médico.

El seguro familiar de salud cubre la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. También protege a los niños entre cuarenta y cinco días y cinco años, hijos de los trabajadores, mediante un servicio de estancias infantiles. El seguro familiar de salud no comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que serán financiados por el seguro obligatorio de vehículos de motor, regulado por la ley, ni tampoco los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que están cubiertos por un seguro de riesgos laborales que crea la misma ley de seguridad social. En relación a los accidentes de tránsito, la ley prevé en el futuro la posibilidad de creación de un Fondo Nacional de Accidentes. Beneficiarios del seguro familiar de salud. La familia del asegurado incluye:

- Su pareja, debidamente registrada, sea ésta casada legalmente o la persona con quien se comparte la vida.
- Los hijos e hijastros menores de 18 años o de 21, en caso de estudiantes. El límite de edad se elimina, si la persona es discapacitada.
- Los padres, siempre que no sean ellos mismos asegurados y si son dependientes.

## **7.5 PLAN BÁSICO DE SALUD**

Plan básico de salud El sistema de seguridad social garantiza a toda su población un Plan Básico de Salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
  
- Atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria.
  
- Atención especializada y tratamientos complejos por requerimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencias, asistencia especializada por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica.
  
- Exámenes de diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, indicados por un profesional autorizado.
  
- Atención odontológica pediátrica y preventiva.
  
- Fisioterapia y rehabilitación prescritas por un especialista.
  
- Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a discapacitados. En todos los casos, las prestaciones dentro del Plan Básico tendrán que estar incluidas dentro de un listado aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Esto tiene mucho sentido, porque el mercado de bienes y servicios de salud es inmensamente amplio, satisface innumerables requerimientos,



incluso muchos que no son esencialmente necesarios, mientras que el sistema de protección tiene unos recursos limitados. Estos recursos deben asignarse donde haya una mayor necesidad y, por lo tanto, es preciso racionalizar su destino. Por ejemplo, existe una gran variación de precios entre medicamentos genéricos y medicamentos de marca. Además, muchas personas acostumbran a auto-med icarse, medicamentos que no siempre necesitan. Todo esto debe ser sometido a regulaciones especiales que optimicen los recursos del sistema.

El Plan Básico de Salud es muy completo. Aunque todavía no están definidas las prestaciones específicas a ser incluidas, la idea general es que estén cubiertas la mayor parte de las dolencias que sufre la población, con las intervenciones más costo-efectivas.

En el caso del régimen contributivo, los afiliados tendrán derecho a subsidios económicos, tanto por enfermedad como por maternidad y siempre que el asegurado haya cotizado un mínimo de doce meses, en el caso de enfermedad y de ocho meses, en el caso de maternidad. Asimismo, las trabajadoras que perciban salario inferior a tres salarios mínimos, tendrán derecho a un subsidio de lactancia durante doce meses después de dar a luz.

Podrán existir planes complementarios, financiados por los individuos, para cubrir prestaciones no incluidas en el Plan Básico. El Consejo Nacional de Seguridad Social tendrá a su cargo la reglamentación de la operación de estos planes. Funcionamiento del sistema Desde el punto de vista del usuario, interesa imaginar cómo sería la operación del sistema, de qué manera funcionaría la libre elección, cómo se accedería a los servicios. Todo esto tendrá que ser reglamentado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, pero los lineamientos generales que deberán estar descritos en la ley.

En primer lugar, cómo afiliarse al sistema. Como hemos dicho, existe un sistema único de afiliación, en la Tesorería de la Seguridad Social. Los aseguradores, públicos como privados, tienen interés de afiliarse a la mayor cantidad posible de gente y para ello, la ley les permite contratar promotores debidamente autorizados. Así es que, posiblemente, todos recibiremos en algún momento el llamado de dichos promotores, quienes llevarán la información a su aseguradora y a la Tesorería. Pero también habrá la posibilidad de dirigirse directamente a la Tesorería, las personas particulares o a través de la empresa donde trabajan, siempre que sea pública la información sobre las instituciones aseguradoras o de servicios particulares disponibles, que permita a las personas hacer su elección.

En este caso, la empresa podría presentar una planilla con sus empleados para que estos elijan a quien les prestara el seguro ya sea una institución pública o privada debidamente autorizada o concesionada y someterla a la Tesorería. En esta planilla incluirá el salario de los empleados y el porcentaje que se le descontará a éste y el que aportará el patrón. Al mismo tiempo, la empresa remitirá a los prestadores del seguro la información sobre los empleados que la han seleccionado con sus dependientes y ésta tendrá que hacer los carnets correspondientes.

Luego remitirá la información también a la Tesorería. Esta última necesita tal información tanto para recaudar las cotizaciones de las empresas, como la correspondiente a los prestadores del seguro, para efectuarles los pagos mensuales correspondientes. Como existirá un sistema moderno de información computalizada, las informaciones que provengan de diferentes fuentes podrán ser cotejadas y compatibilizadas.

### **7.5.1 EL NÚMERO DE SEGURO**

El hecho es que todos los mexicanos poseerán un número de seguro social correspondiente al sistema de seguridad social, con un número vinculado al de su credencial de elector. Con este número podrán reclamar sus servicios, a los prestadores de los servicios médicos ya sea los públicos o privados debidamente concesionados, que han seleccionado y que pueden cambiar al cabo de un año, si no están conformes con la atención recibida.

Los prestadores del servicio médico, por su parte, deberán organizar la red de proveedores. Estos últimos, sean médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, farmacias, etc., deberán estar debidamente acreditados por la Secretaría de Salud e inscritos en el Consejo Nacional de Seguridad social. Se entiende por una red de proveedores, un conjunto de instituciones interrelacionadas, que puedan entregar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud. El usuario escogerá el médico de cabecera dentro de una lista que le entregará los prestadores de el servicio de su preferencia, a donde se afilió y en la cual permanecerá al menos un año.

### **7.5.2 FUNCIONES DE EL MEDICO DE CABECERA**

Este médico de cabecera o médico familiar, estará a cargo de todo lo que se llama la "atención primaria". Es decir, hará el diagnóstico, en caso de enfermedad, dará seguimiento a los embarazos, controlará el crecimiento y desarrollo de los niños, llevará un record completo con todas las acciones preventivas realizadas por sus pacientes de las cuales

será responsable y el seguimiento de los requerimientos que él o ella ha indicado.

Cuando un paciente requiera de la consulta de un especialista, o requiera un tratamiento especializado, él o ella hará este requerimiento y luego, se hará cargo del control del paciente después de dicho tratamiento. Siempre que las prestaciones estén incluidas en el Plan Básico, el usuario generalmente no pagará nada o un copago mínimo, de acuerdo al tipo de servicio que necesite. Si le recetan medicamentos, siempre que estos se hallen en el listado aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social los mismos le serán entregados en las farmacias asociadas al sistema, con el aporte de un porcentaje por parte del usuario.

En consecuencia, el nuevo sistema de seguridad social en salud, pone el énfasis en la prevención. El primer nivel de atención constituye, no sólo la puerta de entrada al sistema, sino el pilar en el que se fundamenta un esfuerzo para mantener a la gente sana.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** Mucho han hablado funcionarios del ramo de la crisis y descapitalización por la que atraviesa el sistema de salud pública, así como la tan sonada ineficacia de los servicios, pero el objetivo del gobierno es implementar las políticas dictadas por el Banco Mundial (BM) que recomienda, entre otras acciones, permitir la participación de la iniciativa privada en los servicios de salud, sugiere privatizar en primera instancia, los servicios de limpieza, abasto y seguridad; y en una fase posterior, la atención médica.

**SEGUNDA.-** Una de las opciones es que los particulares se incorporen a la prestación de servicios médicos, lo que consiste en establecer un modelo de concesión (subrogación), de modo que algunas actividades clínicas pudieran otorgarse a los pacientes en "instituciones privadas de alta calidad". Para esto se tienen que incluir por lo menos tres objetivos: Lograr el acceso universal a los servicios médicos; terminar con la fragmentación de las instituciones e impulsar la participación de la iniciativa privada en el sector.

**TERCERA.-** El objetivo central del proceso de privatización de los servicios de salud en México, es resolver los problemas de la salud de la manera más radical y políticamente menos conflictiva, para ello, el Estado le ofrece a la iniciativa privada un mercado rentable y garantizado. Por lo tanto, el proceso de privatización de los servicios de salud en México es selectivo y consiste en transferir grupos, anteriormente atendidos por la seguridad social, al sector privado por la vía de los seguros médicos privados, individuales o colectivos. Esta tendencia podría parecerse a la

chilena la cual se basa en la obligatoriedad de aseguramiento pero con un sistema dual de seguros y prestación de servicios. Uno basado en seguros médicos y producción de servicios privados dirigido a los grupos de mayor poder y compra, y otro, apoyado en el esquema actual de seguro y producción de servicios paraestatales.

**CUARTA.-** La venta de servicios o activos al sector privado significa el retiro del Estado de la prestación de servicios otorgándolos en concesión a la empresa privada por medio de licitaciones abiertas. Esta modalidad, por ahora no pasa de ser una proposición del estudio de esta tesis.

**QUINTA.-** El proceso de privatización como parte de la política del Estado, en lo que se refiere al sector salud, está en sus inicios. Sin embargo, se señalan varias modalidades de privatización, ellas son: Pago por el servicio público; proposiciones de subrogación de los servicios auxiliares; formas gerenciales de administración y financiamiento; venta de activos o de servicios y sobre todo se observa un crecimiento acelerado de la atención privada amparada por los seguros médicos privados. Las distintas modalidades de privatización de los servicios de salud no se presentan de la misma manera en la sociedad mexicana y tienen un peso distinto en cuanto a su desarrollo y tendencias.

**SEXTA.-** La reforma a la seguridad social constituye la base para la construcción de una nueva sociedad. Sin embargo, la ley por sí sola no puede realizar cambios. Se necesita voluntad política y gestión ejecutiva,

lo cual es particularmente cierto en el caso del régimen de salud, donde las transformaciones que hay que realizar son inmensas. Sin una verdadera decisión política de implementarla y darle todo el apoyo necesario, la reforma se puede quedar en el papel.

## BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA ROMERO MIGUEL. Teoría General del Derecho Administrativo.  
ed.12 Ed. Porrúa.. México. 1995. p.p.543

ALBOR CALDERÓN, JOSÉ. Seguros y Fianzas. Ed. Instituto Mexicano  
Educativo A.C. México, 1997. p.p. 397

ARCE CANO GUSTAVO. De los Seguros Sociales a la Seguridad Social. Ed. Porrúa. México 1972. p.p. 435

ARANIZ AMIGO AURORA. Soberanía y Potestad. Ed. Pública México.  
1992. p.p.367

BRISEÑO LUIS ALBERTO. Derecho Mexicano del Seguro. Ed. Harla. México, 1987. p.p. 430

CUALT G. GILSON L. Reforma del sector salud. Ed. Central de análisis.  
Washington C. Conferencia sobre Seguridad Social y Salud. 1997. p.p. 345

E. BOLDIN KENETH. Justicia Social, Ed. ACMN. España. 1980. p.p. 170



HENDERSON PAMELA. Gastos Familiares de Salud en América Latina y

El Caribe. Ed. Organización para la Salud. Programa Político de Salud. Washington 1994. p.p. 174

HOBBS THOMAS. El Leviatán del Estado. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1990. p.p. 265

KLIKSBERG BERNARDO. Revolución Observatorio Social. Ed. Ariel. Buenos Aires 1998. p.p. 408

LLACH JUAN. Otro Siglo, Otra Argentina. Ed. Sociedad Económica.

Buenos Aires 1997. p.p.239

MANETTI JOSÉ LUIS. Análisis actual de los Sistemas de Atención Médica.

Vol. 29. ed. 2°. Ed. Quiron. Canadá 1998p.p. 395

RATHE MAGDALENA. Salud y Equidad, Una Mirada al Financiamiento a

la Salud, Marco internacional. Ed. USAID. Santo Domingo 2000 p.p. 230

SETTALA LUDOVICO. La Razón del Estado. Ed. Fondo de Cultura Económica. Madrid. 1989. p.p. 348

## LEGISLACIÓN

Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política.

Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal del Trabajo.

Estados Unidos Mexicanos. Ley del Seguro Social.

Estados Unidos Mexicanos. Ley del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del Estado

Estados Unidos Mexicanos. Ley del Contrato de Seguros  
OTRAS FUENTES

BAQUEIRO ROJAS EDGAR. Diccionario Jurídico Temático. ed. 2° Ed.

Harla. México, 1997. p.p. 540

MONTERDE FRANCISCO. Diccionario de la lengua Española. Ed. Porrúa. México 1969. p.p. 386

[www/http//EncuestaDemograficadelaSalud.Marcointernacional](http://EncuestaDemograficadelaSalud.Marcointernacional). Ed. ENDESA. México.

[www/http//labibliotecaenunasociedadliberal.cambridgeuniversitypress.granbretaña](http://labibliotecaenunasociedadliberal.cambridgeuniversitypress.granbretaña). 1996.

[www/http//enlaces.UCV.c/educacioncivica/contenup/up3\\_orga/4\\_servpu/priud3\\_4\\_hm](http://enlaces.UCV.c/educacioncivica/contenup/up3_orga/4_servpu/priud3_4_hm).

www.http//William,abno renal.economic sinthehealthsector,public  
adodentrodelibro.deP.Bernan,Healthsectorreform indevelopentsu  
stan/ab/.Harvard.University.press,1995,sustainable.

www/http//SESPASfundacionsiglo21ESV96,utilizaci3n delosservicios  
desaludysatisfacciondelosusuarios.